Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. VI

Wilhelm Reich

# Die Funktion des Orgasmus

## Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens

Inhalt: Der neurotische Konflikt. Die orgastische Potenz. Die psychischen Störungen. Somatische Libidostauung und Angstaffekt. Die Abhängigkeit des Destruktionstriebes von der Libidostauung. Die soziale Bedeutung der genitalen Strebungen. Zur Frage der Abstumpfung der Genitalität in der monogamen Ehe. Der erotische und der soziale Wirklichkeitssinn.

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

Dr. Wilhelm Reich

# Die Funktion des Orgasmus

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. VI.


INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY
DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. VI

---

# Die Funktion des Orgasmus

## Zur Psychopathologie und zur Soziologie des Geschlechtslebens

Von

Dr. Wilhelm Reich
Assistent am Psychoanalytischen Ambulatorium
in Wien

1927
Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

*



Druck: Christoph Reisser's Söhne Wien V

*Meinem Lehrer*

*Professor Sigmund Freud*

*in tiefer Verehrung*

# Inhalt

# Vorwort

> „Wir aber sagen uns, wer die Erziehung zur Wahrheit gegen sich selbst mit Erfolg durchgemacht hat, der ist gegen die Gefahr der Unsittlichkeit dauernd geschützt, mag sein Maßstab der Sittlichkeit auch von dem in der Gesellschaft üblichen irgendwie abweichen.“ Freud

*Die theoretischen Probleme, die hier behandelt werden, ergaben sich aus praktischen Fragestellungen bei der psychoanalytischen Behandlung seelisch Kranker. Es waren mir gewisse Zusammenhänge zwischen den positiven sowohl wie den negativen therapeutischen Reaktionen dieser Kranken und ihrer Genitalität aufgefallen, die ich in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse“ bereits teilweise behandelte.*[1]

*Bei der weiteren Verfolgung der theoretischen Fragen ließen sich gesetzmäßige ursächliche Beziehungen zwischen den neurotischen Prozessen und den Störungen der Genitalfunktion feststellen, die jene therapeutischen Reaktionen erklären, uns verstehen lassen, warum die Impotenz, beziehungsweise die Frigidität regelmäßige Begleiterscheinungen der Neurose sind, und auch verständlich machen, warum die Form der Neurose die der genitalen Funktionsstörung bestimmt und umgekehrt. Im Hinblick auf die Funktion des Orgasmus, der allmählich zum Kernproblem wurde, erscheinen auch das Angstproblem, gewisse eheliche und soziale Phänomene wie auch die Frage der Neurosentherapie in klarerem Lichte. Wenn sich auch diese Arbeit völlig auf der Freudschen Sexualtheorie und Neurosenlehre aufbaut, kann ich mir doch nicht anmaßen, die hier vertretene Auffassung der Dynamik der psychoanalytischen Therapie und ihrer Aufgaben als von der Freudschen Schule*

---

1) Über Spezifität der Onanieformen, Int. Ztschr. f. PsA., Bd. VIII (1922). — Über Genitalität vom Standpunkt der psychoanalytischen Prognose und Therapie, Bd. X (1924). — Weitere Bemerkungen über die therapeutische Bedeutung der Genitallibido, Bd. XI (1925). — Über die Quellen der neurotischen Angst (Beitrag zur Theorie der psychoanalytischen Therapie), Bd. XII (1926).

*bereits angenommen hinzustellen; sie entspricht meinen eigenen klinischen Erfahrungen. Dessenungeachtet glaube ich, daß meine Auffassung von der Bedeutung der Genitalität, insbesondere des genitalen Orgasmus für die Theorie und Therapie der Neurosen und der neurotischen Charaktere die grundlegenden psychoanalytischen Theorien in gerader Linie fortführt und eine konsequentere Anwendung der Neurosenlehre auf die Therapie ermöglicht.*

*Mit dem Problem des Orgasmus hängen auch viele Fragen der Charakterlehre und der Psychologie des Ichs aufs innigste zusammen. Ich war bestrebt, diese so weit möglich aus der Diskussion auszuschalten, weil sonst die Einheitlichkeit des Themas zu sehr gestört worden wäre; aber auch die eigenartige Problematik der psychoanalytischen Charakterlehre forderte ihren Ausschluß. Denn erstens ist ihre klinische Grundlage noch nicht vollständig genug, zweitens erweist es sich als notwendig, zur psychoanalytischen Charakterlehre, deren systematische Grundlagen uns Freud in seinem Buche „Das Ich und das Es" eröffnet hat, von der Sexualtheorie aus im Detail vorzudringen. Das mußte vorgebracht werden, um dem Vorwurf zu begegnen, daß die Psychologie des Ichs vernachlässigt wurde.*

*Durch die Abtrennung des großen Themas, das ich in einem Kurse des Wiener Psychoanalytischen Lehrinstituts unter dem Titel „Triebpsychologie und Charakterlehre" abzugrenzen versuchte und einer eigenen Abhandlung vorbehalte, entstanden aber empfindliche Lücken in dieser Arbeit, die den Anlaß zu manchem Mißverständnis geben könnten. Sexualtheoretisch wurde in der Darstellung, soweit meine Erfahrungen es erlaubten, Vollständigkeit angestrebt; es ist mir bewußt, diese bei weitem nicht erreicht zu haben. So wurden die Störungen der Genitalfunktion bei der Satyriasis, der Epilepsie und den Psychosen trotz vereinzelter Befunde nicht besprochen. Sofern diese Mißverständnisse sachlicher Natur sein werden, hoffe ich sie später zu beseitigen. Ich muß aber in Anbetracht der Eigenartigkeit des behandelten Themas auch auf affektiv begründete Einwände gefaßt sein. Die Publikation erfolgt im Bewußtsein, einen sehr „explosiblen Stoff" behandelt zu haben. Die Frage des Orgasmus und die Rolle, die er im individuellen und sozialen Leben spielt, können nicht leicht unpersönlich und affektlos diskutiert werden. Dieses Thema hat allzuviel mit dem Erleben jedes Einzelnen zu tun.*

*Daraus entsteht leicht die Gefahr einer subjektiven, weltanschaulichen Färbung oder Verzerrung sachlicher Urteile. Die Frage ist aber nicht, ob überhaupt eine Weltanschauung vorliegt, sondern welcher Art sie ist, ob etwa — wie speziell bei unserem Thema — eine ethisch wertende Einstellung zum Sexualproblem von der Wahrheit wegführt oder ob eine anders geartete moralische Stellungnahme zur Erforschung der Wahrheit zwingt.*

*Es ist ferner ein wesentlicher Unterschied, ob man die Tatsachen des sexuellen Lebens an dem willkürlichen Maßstabe des unbeweisbaren „Gut“ oder „Böse“ mißt, oder ob man mit Bezug auf ein anethisches Ziel wertet, etwa feststellt, daß dieses oder jenes Tun des Individuums seiner seelischen Gesundheit, d. h. seiner Liebes- und Arbeitsfähigkeit nützt oder schadet. Ich glaube, über diese Art der Wertung von Sexualfragen nicht hinausgegangen zu sein, wo ich Fragen des ehelichen Geschlechtslebens und der herrschenden Sexualmoral behandle.*

*Da meines Wissens eine derartige Untersuchung noch nicht vorgenommen wurde, ja da es den Anschein hat, als wäre die Funktion des Orgasmus ein Stiefkind der Psychologie und der Physiologie, mögen die Ergebnisse selbst das Unternehmen rechtfertigen, und über die Wichtigkeit des Themas entscheide sachliche Kritik. Vor der Gefahr der Überschätzung schützen in erster Linie die Tatsachen; eine rohe Statistik über die Häufigkeit der Impotenz und Frigidität bei den Neurosen und einige ausführliche Krankengeschichten können nur ungefähr den Eindruck wiedergeben, den man in der Praxis bekommt, wenn man sich ihm nicht um jeden Preis verschließt. Überdies ist eine Unterschätzung der Sexualfunktion derzeit noch immer viel wahrscheinlicher und nachteiliger als unter Umständen eine Überschätzung.*

*Dem ist es auch zuzuschreiben, daß sich das Problem der somatischen Grundlage der Neurosen, sofern es überhaupt angegangen wurde, als unzugänglich erwies; nur scheinbar allerdings, denn der Weg dazu führt über die Frage nach dem Sexualleben des „nervösen“ Menschen, die außerhalb der Psychoanalyse nach wie vor ängstlich vermieden wird. Es ist geschichtlich interessant, daß, während die Physiologen gegen die Theorie einer Psychogenie der Neurosen auftraten und vergebens nach der somatischen Grundlage forschten, der medizinische Psychologe Freud „den somatischen Kern der Neurose“ mit Hilfe einer psychologischen Methode entdeckte. Zwischen dem Zeitpunkt dieser Entdeckung und heute liegen dreißig Jahre psychoanalytischer Erfahrungen. Unsere Untersuchung der Funktion des Orgasmus, der ein psycho-physisches Phänomen ist, muß daher weit zurückgreifen und von den seelischen Äußerungen der somatischen Störungen des Sexuallebens ausgehen, die Freud als „Aktualneurosen“ zusammenfaßte und den „Psychoneurosen“ gegenüberstellte. Infolge der raschen Fortschritte, die die Psychoanalyse in der Erforschung der seelischen Ursachen der Neurosen machte, verblaßte das Interesse an der „Libidostauung“, die ursprünglich ihrem Wesen nach somatisch gedacht war. Sie bedeutete im Sinne der Freudschen Definition Anhäufung physio-chemischer Sexualstoffe, die körperliche Spannungen erzeugen und sich als triebhafter Drang zur Sexualbefriedigung*

*äußern („Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", Ges. Schriften, Bd. V). Und die Neurosen, „die sich auf Störungen des Sexuallebens zurückführen lassen, zeigen die größte klinische Ähnlichkeit mit den Phänomenen der Intoxikation und Abstinenz, welche sich durch habituelle Einführung Lust erzeugender Giftstoffe ergeben" (Freud). Der Begriff der Libido bekam dann immer mehr die Bedeutung einer psychischen und biologischen Energie; darunter litt jedoch ungerechtfertigterweise das Interesse am „aktualneurotischen (d. h. somatischen) Kern der Neurose". In den letzten zehn Jahren war kaum mehr davon die Rede. Freud selbst hält nach wie vor an seiner Theorie der Aktualneurosen fest („Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen", 1924), obgleich sich seine Lehre seither nicht mehr mit dieser Seite des Neurosenproblems befaßt hat.*

*Mehrjähriges kontinuierliches Studium der Ursachen, Äußerungsformen und Wirkungen der somatischen Libidostauung hat mich zur Überzeugung gebracht, daß die Freudsche Theorie der Aktualneurosen, die auch vielen Einwänden von analytischer Seite standhielt, nicht nur heuristisch wertvoll ist, sondern auch als Lehre von der physiologischen Grundlage der Neurosen ein unerläßliches Stück der Psychopathologie und der Theorie der analytischen Therapie ist. So verfolgt diese Arbeit auch den Zweck, in Erinnerung zu rufen, daß Freud uns einen Weg zum Problem der organischen Grundlage der Neurosen gezeigt hat, und nachzuweisen, daß wir seine lange vernachlässigte Entdeckung theoretisch und praktisch erfolgreich auswerten können.*

Wien, im Oktober 1926 Dr. Wilhelm Reich

# I

# Der neurotische Konflikt

Freuds psychologische Entdeckung, die die gesamte Psychopathologie auf eine neue Grundlage stellte und ihr durch fruchtbare Fragestellungen neue Wege wies, war: erstens, daß jedes scheinbar noch so sinnlose neurotische und psychotische Symptom einen sinnvollen Inhalt hat, der sich in das Gesamterleben des Kranken bei genauer Kenntnis desselben restlos einfügen läßt; zweitens, daß die neurotischen Symptome durch einen Konflikt zwischen primitiven Triebansprüchen und moralischen Forderungen entstehen, die die Triebbefriedigung verbieten. Die „innere Versagung" der Triebbefriedigung, die wir bei Kranken immer antreffen, leitet sich aus der äußeren Einschränkung der Triebhaftigkeit ab, die der Kranke seinerzeit als Kind durch die Eltern und ihre Stellvertreter erfuhr. Der Konflikt zwischen Trieb-Ich und moralischem Ich war also ursprünglich ein solcher zwischen Trieb-Ich und Außenwelt und hat diesen Charakter bei manchen Psychosen (Freud) und triebhaften Psychopathen[1] dauernd beibehalten. Bei der Neurose hingegen hat ein wichtiger Teil der Persönlichkeit die Realitätsanpassung zustande gebracht, während ein anderer Teil eine Entwicklungshemmung auf einer frühen Stufe der seelischen Entwicklung erfuhr, so daß ein Konflikt zwischen konträren Strebungen entstehen mußte. Es ist nun für die neurotische Persönlichkeit bezeichnend, daß das moralische Ich weder den Mut hat, die Triebbefriedigung in toleranter Weise zuzulassen, noch auch die Kraft aufbringt, die Triebansprüche zu verurteilen oder in irgendeiner geeigneten Form zu erledigen, weil die erste Voraussetzung dazu, die Bewußtheit der Trieb-

1) Vgl. Aichhorn: Verwahrloste Jugend (Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. XIX, 1925), und Reich: Der triebhafte Charakter (Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse Nr. IV, 1925).

regungen, fehlt oder unvollständig ist. Das Ich erschrickt bei der leisesten Andeutung einer „unmoralischen" Regung und entledigt sich ihrer durch den Akt der „Verdrängung", der verschiedene Formen haben kann: vom einfachen Nichtwahrhabenwollen oder Vorbeisehen über die kompensative Betonung des Gegenteils der verpönten Triebregung bis zur totalen Aussperrung der Vorstellung aus dem Bewußtsein (hysterische Amnesie) und Unterbindung jeder motorischen Erledigung des entsprechenden Affektbetrages. Der verdrängte Triebanspruch büßt aber keineswegs an Stoßkraft ein, sondern wird im Gegenteil durch die „Stauung" der nicht erledigten Triebenergie verstärkt; die Gefahr besteht nun darin, daß er der Kontrolle der bewußten Überlegung nicht mehr ausgesetzt ist. Er durchbricht bei Anlässen, die entsprechende Situationen bieten, die „Gegenbesetzung", beziehungsweise den „Widerstand" des Ichs; dieser „Durchbruch der Verdrängung", der den zweiten Akt des neurotischen Prozesses darstellt, kann aber nur kompromißhaft erfolgen, weil auch das Ich sich in seiner Abwehr auf mächtige seelische Instanzen stützt, die man mit dem Begriffe „Moral" im populären Sinne umfassen kann. Das Resultat ist eine verstellte Triebbefriedigung, die als solche vom Bewußtsein nicht erkannt oder, sofern sie weniger verhüllt erscheint, als nicht zum Ich gehörig, als Zwang empfunden und abgelehnt wird.

Soweit wäre gegen die psychoanalytischen Ergebnisse Freuds nichts einzuwenden gewesen. Der heftigste Widerspruch erhob sich erst gegen die Lehre Freuds, daß die Sexualwünsche ein regelmäßiger Bestandteil der verdrängten Triebregungen sind. Es nützte nichts, daß Freud denen, die gegen die Psychoanalyse den Vorwurf des „Pansexualismus" erhoben, entgegnete, daß erstens auch die sexualablehnende Moral des Menschen an der Bildung der Neurose beteiligt ist, ja, diese ohne den Widerspruch des Ichs gegen seine Triebe gar nicht zustande kommen kann, und zweitens, daß neben den sexuellen Wünschen auch egoistische, grausame und andere, nur nicht derart regelmäßig und nicht mit ebensolcher drängenden Kraft an der Herstellung der Neurose beteiligt sind. Ein Teil der wissenschaftlichen Welt unterließ es, kritisch nachzuprüfen, was sie mit dem Schlagwort „Pansexualismus" abtun zu können glaubte.

Andere verfolgen vorsichtig und langsam die psychoanalytischen Ergebnisse, die anfangs als Hirngespinste hingestellt wurden, und akzeptieren sie teils als eigene (Neu-) Entdeckung, teils in abgeschwächter oder ver-

zerrter Form; die wenigsten bedienen sich des von Freud angegebenen Verfahrens der psychoanalytischen Technik, um sich von der Richtigkeit seiner Lehre zu überzeugen.

Wir haben die Stellungnahme der Gegner der Psychoanalyse nicht ohne Absicht aufs neue vorgebracht. Da wir nämlich darangehen, die überragende Rolle nachzuweisen, die die Impotenz des Mannes und die Frigidität der Frau in der Neurose spielen, kommen wir auf den Versuch Freuds zurück, die affektive Ablehnung seiner Neurosenlehre dadurch zu mildern, daß er wiederholt eindringlichst betonte, sein Begriff der Sexualität sei weiter als der sonst übliche; daß „genital" und „sexual" nicht dasselbe bedeuten, sonst könnten Perversionen wie die Koprophagie und der Fetischismus nicht Sexualerkrankungen genannt werden.[1] Er wies nach, daß neben der genitalen Sexualität Tendenzen bestehen, die mit der Genitalzone nichts zu tun haben (prägenitale Partialtriebe), deren Ziel ist, durch Reizung gewisser „erogener Zonen" (Mund, After, Haut usw.) befriedigt zu werden, und die als sexuell schon deshalb zu bezeichnen sind, weil sie in den „Vorlustakten" beim normalen Geschlechtsverkehr eine wichtige Rolle spielen und, sofern sie sich dem genitalen Primat nicht unterordnen, als Perversionen Anspruch auf ausschließliche Sexualbefriedigung erheben. Die Betonung des Unterschiedes der Begriffe „genital" und „sexual" klingt in den Freudschen Schriften manchmal wie eine Beruhigung über die Folgen seiner Entdeckung; sie blieb ohne Erfolg, denn seine Lehre von der Säuglingssexualität und der Analerotik begegnete nicht geringeren und nicht weniger affektiven Widerständen.

Auf Grund dieser Erweiterung des Begriffes der Sexualität kam Freud zum Schlusse, daß keine Neurose ohne den Sexualkonflikt[2] entstehen könne, d. h. daß nicht immer nur genitale Antriebe sondern auch die prägenitalen Partialtriebe als Symptome zum Vorschein kommen können.

1) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (Ges. Schriften, Bd. V).

2) Kronfeld, der am wenigsten hinter den Fortschritten der Psychoanalyse zurückgeblieben ist und ihr großes Verständnis entgegengebracht hat, nimmt in seiner „Sexualpathologie" den Standpunkt ein, daß nicht jede Neurose auf dem Sexualkonflikt aufgebaut sei, der nach Freud einen unerläßlichen Bestandteil des neurotischen Mechanismus ausmacht, und bespricht eine von ihm so benannte Gruppe der „Sexualneurosen", womit implizite gesagt ist, daß es Neurosen gibt, die nicht sexuell bedingt sind. Den Nachweis solcher Neurosen ist er uns schuldig geblieben. Dagegen findet man unter seinen „Sexualneurosen" alle bekannten und in der Freudschen Neurosenlehre einbezogenen Neurosenformen.

Damit war nur gemeint, daß die einzelnen neurotischen Symptome unmittelbar durch Verdrängung irgendeines Partialtriebes entstehen und seiner larvierten Befriedigung dienen; so wirkt zum Beispiel verdrängte Analität unmittelbar bei der nervösen Obstipation, die Oralerotik beim hysterischen Erbrechen, die Genitalität beim *arc de cercle*, der Sadismus bei manchen Zwangshandlungen und zwangsneurotischen Vermeidungsmaßregeln; ein aktueller Konflikt kann bei entsprechender Disposition auf jedem beliebigen Gebiete eine Neurose auslösen. Wir wollen nun nachweisen, daß sexuelle Konflikte im engeren Sinne, Hemmungen, Verdrängungen und Zersplitterungen der genitalen Tendenzen zwar nicht immer unmittelbar das neurotische Symptom und den neurotischen Konflikt verursachen, aber doch regelmäßig eine wichtige dynamische Rolle bei der Herstellung der neurotischen Reaktionsbasis spielen, auf der sich der neurotische Konflikt aufbaut; ferner, daß ihre Beseitigung zufolge ihrer Beziehungen zum kontinuierlichen neurotischen Prozeß bei der psychoanalytischen Therapie der Neurosen, worunter wir in erster Linie Beeinflussung der neurotischen Reaktionsbasis verstehen, eine entscheidende Rolle spielt.

Als ersten Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht bringen wir die Tatsache vor, daß es keine Neurose ohne Störungen der Genitalfunktion gibt. Die zwei folgenden Statistiken zeigen, daß diese Störungen in den allermeisten Fällen nicht etwa subtiler Natur sind, wie sie auch beim relativ gesündesten Menschen vorkommen, sondern elementare Funktionen der Kohabitation und die psychogenitale Einstellung im allgemeinen betreffen. Am häufigsten findet man Sexualscheu und neurotische Abstinenz, ferner alle in der sexuologischen Literatur bekannten Formen der erektiven Impotenz (vollkommene, partielle und fakultative Erektionsunfähigkeit), der Störungen der Ejakulation (ejaculatio praecox oder ante portas und impotentia ejaculandi) und der Frigidität (totale Sexualkälte, vaginale An- und Hypästhesie, Vaginismus usw.). Dabei zeigt es sich, daß die Schwere der Potenzstörung der Schwere der Neurose analog ist und daß auch monosymptomatische Neurosen mit schweren Störungen der Genitalfunktion einhergehen. Das gleiche gilt für symptomlose Charakterneurosen. Es ist bezeichnend, daß man unter Kranken, die unter den Erscheinungen des Klimakteriums schwer zu leiden haben, keinen findet, der über ein geordnetes Sexualleben aus der Zeit vor dem

Klimakterium zu berichten wüßte. Am Schlusse dieser Übersicht seien noch die Fälle von Süchtigkeit und allen anderen Arten von Triebhaftigkeit genannt, deren Genitalität stets grob gestört ist.

Die erste Statistik umfaßt 338 Fälle, die das Wiener Psychoanalytische Ambulatorium im Verlaufe eines Jahres (November 1923 bis November 1924) aufgesucht hatten.[1]

*Durch einfache Anamnese erhobene Befunde*

*Von 166 männlichen Patienten sind:*

| | |
|---|---|
| angeblich potent | 17 |
| angeblich nur impotent | 18 |
| neurotisch und abstinent | 69 |
| neurotisch und erektiv impotent | 27 |
| neurotisch mit ejaculatio praecox | 14 |
| pervers und erektiv impotent | 9 |
| klimakterisch | 5 |
| aktualneurotisch erkrankt bei coitus interruptus | 7 |

*Von 91 weiblichen Patienten sind:*

| | |
|---|---|
| ohne vaginale An-(Hyp-)Ästhesie | 0 |
| angeblich nur frigid | 6 |
| neurotisch und abstinent | 27 |
| neurotisch und frigid | 37 |
| neurotisch wegen aktueller Ehekonflikte und frigid | 12 |
| klimakterisch | 9 |

Bei den restlichen 36 Männern und 45 Frauen liegt kein anamnestischer Befund über die Genitalfunktion vor. Zum großen Teil handelt es sich um Fälle, die man wegen ihrer Scheu in der ersten Aussprache nicht danach fragen konnte. Nur unter den männlichen Patienten sind 17, die angaben, potent zu sein. Die meisten solcher Kranken erweisen sich, wenn sie in die Analyse kommen, als mehr oder minder erektiv impotent; die tatsächlich erektiv Potenten rekrutieren sich gewöhnlich aus Erythrophoben, Zwangscharakteren und anderen narzißtisch-sadistischen Charakteren.

Die zweite Statistik umfaßt die von mir analytisch behandelten Fälle.

*Von 41 männlichen Patienten sind:*

| | |
|---|---|
| hysterisch und abstinent mit erektiver Potenz | 4 |
| zwangsneurotisch und abstinent infolge asketischer Ideologie | 6 |
| hysterisch mit stark herabgesetzter erektiver Potenz | 1 |
| zwangsneurotisch mit erektiver Impotenz | 1 |

1) Herrn Dr. E. Hitschmann, dem Leiter des Ambulatoriums, bin ich für das Material, das er mir in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, zu großem Dank verpflichtet.

| | |
|---|---|
| hysterisch mit ejaculatio praecox | 2 |
| hypochondrisch-neurasthenisch mit genitaler Asthenie (ejaculatio praecox ante portas ohne Erektion) | 4 |
| erythrophob und wegen Impotenzangst abstinent | 3 |
| moral insane (Hochstapelei und Süchtigkeit) mit ejaculatio praecox | 2 |
| kleptoman mit erektiver Impotenz | 1 |
| neurasthenisch mit ejaculativer Impotenz | 1 |
| nur impotent bei neurotischem Charakter | 4 |
| postencephalitisch und erektiv impotent seit der Grippe | 1 |
| homosexuell und pervers mit erektiver Impotenz beim Weibe | 3 |
| triebhafter Charakter mit erektiver Impotenz | 1 |
| gesund ohne Potenzstörung | 1 |
| erektiv potent und narzißtisch homosexuell, beim Akte unbefriedigt | 1 |
| " " Zwangscharakter, beim Akte unbefriedigt | 4 |
| " " mit Satyriasis, beim Akte unbefriedigt | 1 |

*Von 31 weiblichen Patienten sind:*

| | |
|---|---|
| hysterisch und wegen Sexualangst abstinent | 7 |
| zwangsneurotisch, sexual-ablehnend und abstinent | 4 |
| hysterisch mit vaginaler Anästhesie | 9 |
| zwangsneurotisch und frigid | 3 |
| cyclothym mit chronischer hypochondrischer Neurasthenie, sexualscheu | 1 |
| triebhafte Charaktere, frigid, beziehungsweise vaginal anästhetisch | 3 |
| Nymphomanie mit masochistischer Perversion und vaginaler Anästhesie beim Akt | 1 |
| Spätepilepsie, frigid | 1 |
| Hysteroepilepsie mit vaginaler Anästhesie | 1 |
| Paranoia, frigid | 1 |
| ohne Störungen der Genitalfunktion | 0 |

Diese Befunde sprechen für sich.

Stekels Angabe, daß er unter seinen Patientinnen fünfzig Prozent Frigidität fand, kann sich nur auf die völlige Sexualkälte beziehen. In ökonomischer Hinsicht — und welche andere Betrachtung der Impotenz hätte praktischen Wert? — ist es gleichgültig, ob eine Frau mehr oder weniger sexuell empfindet oder ein Mann erektiv potent ist oder nicht; wichtig ist nur, ob der Orgasmus gestört ist.

Die Freudsche Lehre von der Phantasietätigkeit des neurotischen Menschen läßt das regelmäßige Zusammentreffen von Neurose und Impotenz als selbstverständlich erscheinen. Das Interesse an der Phantasiewelt, die der neurotische Mensch sich geschaffen hat, beeinträchtigt seine

Realitätsfunktion, die erotische und die soziale Leistungsfähigkeit. Die Phantasiewelt wurde aufgebaut und mit anhaltendem Interesse besetzt, weil die reale Welt den Ansprüchen des Lustprinzips nicht genügen konnte und gewisse erotische und egoistische Ansprüche auf die unüberwindlichen Schranken sozialer und kultureller Normen stießen, die weder überwunden noch akzeptiert werden konnten. In der Phantasie hingegen können alle Wünsche als erfüllt dargestellt werden. Regressiv werden nun typischerweise die Wünsche aus der Zeit bevorzugt, in der das Kind seine ersten starken erotischen Interessen den Personen seiner nächsten Umgebung, den Eltern, älteren Geschwistern, Ammen, Dienstmädchen usw. zuwendete. Die sexuelle Phantasie und der Drang zur motorischen Abfuhr der von ihr erzeugten Spannung führen regelmäßig zur onanistischen Betätigung. So wird die Masturbation der Kristallisationspunkt aller Sexualbestrebungen. Daß jeder Neurotiker einen großen, und zwar den wichtigsten Teil seiner libidinösen Interessen realen Objekten entzieht und seinen Phantasiegestalten zuwendet, das allein bedingt bereits eine im Verhältnis zum Realitätstüchtigen geringere Potenz im engeren und weiteren Sinne. Geringere Potenz oder geringeres Interesse an den Befriedigungsmöglichkeiten, die in der Realität den sexuellen Tendenzen offenstehen, bedeutet aber noch nicht Impotenz. Kann eine Neurose auf sexuellen Triebkräften aufgebaut werden, die außerhalb der Genitalsphäre liegen, ohne daß die Genitalfunktion beeinträchtigt würde? Der Kranke wäre dann genitallibidinös befriedigt und hätte daneben unbefriedigte prägenitale Wünsche, die neurotische Ersatzbefriedigungen suchen. Die Erfahrung lehrt aber, daß die unbefriedigten und unsublimierten libidinösen Ansprüche, da sie sich in das Gesamtstreben nicht einfügen lassen, mit der Zeit immer mehr Interesse an sich ziehen und dadurch die Einheitlichkeit des sexuellen Erlebens stören; auch sonst kann nichts mehr voll erlebt werden. Das mag die sozialen Leistungen zunächst wenig beeinträchtigen, weil die meisten von ihnen dem persönlichen Erleben fernstehen. Im Bereiche des sexuellen Erlebens, dessen Höhepunkt psychisch und physisch der Orgasmus ist, bedarf es hingegen der Fähigkeit zur Vereinheitlichung der sexuellen und der kulturellen Strebungen. Davon hängt die ökonomische Zweckdienlichkeit des Orgasmus ab.

# II

## Die orgastische Potenz

Unter der orgastischen Potenz werden wir die Fähigkeit eines Menschen verstehen, zu einer Befriedigung zu gelangen, die der jeweiligen Libidostauung adäquat ist; ferner die Fähigkeit, weit häufiger zu dieser Befriedigung gelangen zu können, als den Störungen der Genitalität unterworfen zu sein, die auch beim relativ Gesündesten den Orgasmus gelegentlich stören. Die orgastische Potenz kommt unter gewissen Bedingungen zustande, die man nur beim genuß- und leistungsfähigen Menschen antrifft; beim neurotischen Menschen fehlen sie oder sind nur mangelhaft gegeben.

Läßt sich ein Typus der orgastischen Potenz beschreiben, trotz der Verschiedenheiten der individuellen Sexualbedürfnisse? Es könnte der Einwand erhoben werden, daß wir einen Idealtypus beschreiben, der in Wirklichkeit auch nicht annähernd vertreten sei. Wir bestreiten das; wir meinen vielmehr einen durchaus realen Tatbestand. Ich danke einigen Kollegen wärmstens dafür, daß sie mir eine phänomenologische Beschreibung ihres Sexualerlebens gaben, die es mir ermöglichte, einige Kriterien der orgastischen Potenz aufzustellen; fehlen sie, so kann man die orgastische Impotenz unabhängig von den meist irreführenden Angaben der Kranken mit genügender Sicherheit nach Grad und Qualität diagnostizieren.

Von klinischer Seite wird die Aufstellung eines Typus der orgastischen Potenz dadurch gestützt, daß sich nach der Beseitigung der Potenzstörung die Kurve des orgastischen Lusterlebens automatisch der von uns beschriebenen Kurve der orgastischen Potenz mehr oder weniger angleicht.[1]

---

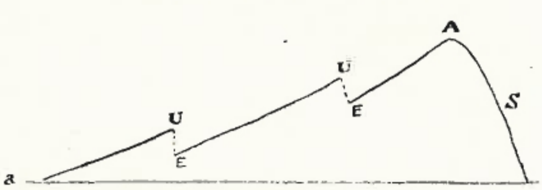
1) Zur leichteren Übersicht wollen wir die Störungen des Orgasmus durch Kurven darstellen.

Wir beginnen mit der Darstellung der Fortschritte, die ein Patient, der unter anderem an ejaculatio praecox und exzessiver Masturbation litt, während der Analyse machte.

Er onanierte seit dem achten Lebensjahre täglich ein- bis dreimal ohne Schuldgefühl oder bewußte Angst, sich dadurch zu ruinieren. Er pflegte gewöhnlich schon beim Nachtmahl oder wenn er zu Bette ging, ohne im geringsten erregt zu sein, daran zu denken, daß er onanieren müsse. Wenn er im Bette zu lesen begann, nahm er sich vor, in einer halben Stunde zu onanieren. Das Glied war im Beginne der Onanie schlaff und wurde durch manuelle Reizung erigiert. Dabei dachte er nach, wem er die Onanie heute „widmen“ sollte; es wäre wie eine „Messe gewesen, die er für jemand lesen mußte“. Die Erregung stellte sich dann durch irgendeine Phantasie ein und steigerte sich stetig. Seine Gedanken schweiften auf Nebensächliches ab, er dachte an sein Geschäft, an scheinbar banale Begebenheiten des Tages usw. Die Erregung verging, wenn er abschweifte, und stellte sich wieder ein, sobald er neuerlich zu phantasieren begann. Das wiederholte sich einige Male und dauerte im ganzen durchschnittlich bis zu einer halben Stunde. Schließlich erreichte er die Akme, die somatische Erschütterung war stark und die Befriedigung brachte ihn in den Zustand der Unerregtheit zurück, in dem er sich knapp vor der Onanie befunden hatte. Auf mein Ersuchen, mir den Verlauf der Erregung graphisch darzustellen, zeichnete er die oben wiedergegebene Kurve (Figur 1).

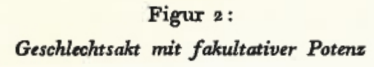
Figur 1:

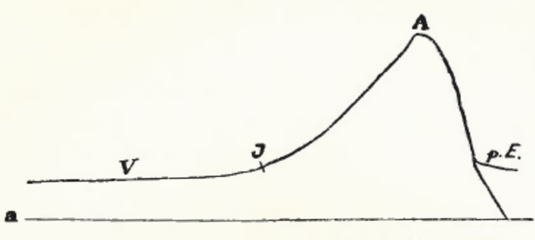
*Ablauf der Erregung bei der Onanie*




*a* Unerregtheit; *U* unwillkürliche Unterbrechung der Phantasiearbeit; *E* willkürliches Widereinsetzen der Phantasie und der Erregung; *A* Akme; *S* Sinken der Erregung

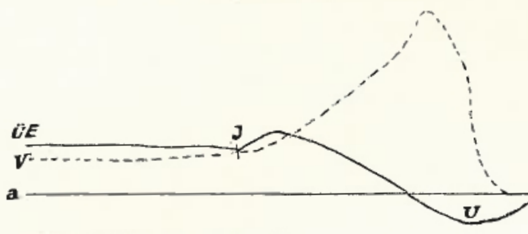
Bereits vor seiner Erkrankung an der Neurose (Erythrophobie) litt er an ejaculatio praecox, die sich seither bedeutend verschlimmert hatte, und war nur bei einer verheirateten Frau relativ potent, die bestimmte Liebesbedingungen erfüllte. Der Koitus pflegte ungefähr eine halbe Minute zu dauern; die Vorlustakte wurden sehr verlängert; der Koitus endete mit stärkerer Befriedigung als die Onanie, besonders dann, wenn die Frau mit ihm zugleich zum Orgasmus gelangte. Nachher blieb im Gegensatz zur Onanie ein Gefühl seelischen Beglücktseins zurück; nach dem Verkehr mit anderen Frauen, bei dem die Ejakulation immer kurz nach der Immissio erfolgte, empfand er nur Ekel und Abscheu. Die Kurve 2 stellt den Ablauf des Orgasmus bei der geliebten Frau, die Kurve 3 die Erregung bei der ejaculatio praecox dar.


Figur 2:
*Geschlechtsakt mit fakultativer Potenz*




*a* Unerregtheit; *V* protrahierte Vorlust; *J* Immissio; *A* Akme; *p.E.* Rest psychischer Erregung; Dauer von der Immissio an gerechnet ca. $^1/_2$ Minute

Figur 3:
*Kurve der ejaculatio praecox*




.... Vergleichslinie; *ÜE* Übererregtheit; *V* protrahierte Vorlust; *J* Immissio und flache Akme; *U* nachträgliche heftige Unlust

Zur Zeit, als er in die Analyse kam, verkehrte er mit wenig zensurierten homosexuellen Phantasien und guter erektiver Potenz *inter femora* oder *ad nates.* Dieses Verhalten begründete er damit, daß er die Frau nicht schwängern wolle. In Träumen war aber die Angst vor dem Eindringen in die Scheide so ausgesprochen, daß ich ihm klarmachen konnte, seine Begründung sei nichts als eine leere Rationalisierung. Er wollte mir beweisen, daß ich unrecht hätte, und beim nächsten Koitusversuch „explodierte es", noch ehe er die Koituslage eingenommen hatte. Die Analyse von Träumen, die diesem Fiasko folgten, ergab, daß er sich vor einem gefährlichen „Ding" fürchtete, das er in der Scheide vermutete. Später deutete er seine ejaculatio praecox selbst als Ausdruck der Angst, zu lange in „der Höhle des Löwen zu verweilen".

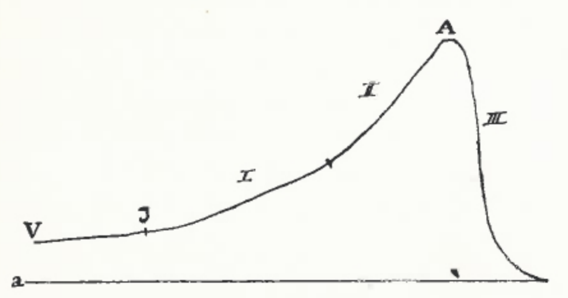
Als die Angst und einige wichtige, bisher unbewußt gewesene Inhalte bewußt wurden, führte er einen Koitus aus. Wie er sagte, hatte er solche Befriedigung noch nie erlebt. Er widmete den Vorlustakten bedeutend weniger Zeit als früher, weil die Koitusangst geringer war. Der Koitus selbst dauerte nach seiner Angabe ungefähr dreimal so lang (zirka eineinhalb bis zwei Minuten) als der mit der geliebten Frau vor seiner Erkrankung. Die Erregung war zuerst langsam, dann immer rascher angestiegen; er hatte zum ersten Male während des Aktes nicht phantasiert und war nachher im ganzen Körper angenehm müde gewesen, ohne jene schwere Müdigkeit „im Kopf allein" verspürt zu haben wie nach der Onanie oder nach einem Akte mit ejaculatio praecox. Dem Verlauf der Erregung entspricht die Kurve in Figur 4.

Einige Monate nach Abschluß der Analyse teilte er mir unter anderem mit, daß er sich völlig potent und befriedigt fühle; der Akt dauere etwa fünf Minuten, er phantasiere dabei nicht und fühle sich nachher nicht „öde“.

Beim Vergleich der Kurven sehen wir, daß die zweite Kurve im aufsteigenden Schenkel kürzer ist als die vierte. Das große Vertrauen, das der Patient zur geliebten Frau hatte, und bestimmte Liebesbedingungen ermöglichten zwar die erektive Potenz und eine relativ große Befriedigung, doch bedingte die Koitusangst die Verlängerung der Vorlustakte und eine beträchtliche Verkürzung der Friktionszeit. Sie verlängerte sich um das Dreifache, schon als die Koitusangst bewußt wurde. Bei der ejaculatio praecox fehlte die Friktionszeit fast völlig, der Orgasmus war niedrig und langgestreckt; die geringen Lustempfindungen wurden von intensiven Unlustgefühlen begleitet, was beim relativ angstfreien Geschlechtsakt nicht der Fall war.

Figur 4:

*Kurve des Erregungsablaufes nach der Analyse der Angst*




*V* Vorlustakte (kürzer); *J* Immissio; *I* langsameres Ansteigen der Erregung; *II* steiler Anstieg zur Akme (*A*); *III* steiler Abfall der Erregung mit sanftem Verebben; Dauer ca. 2 Minuten

Die Intensität der Endlust im Orgasmus ist also (beim angst-, unlust- und phantasiefreien Geschlechtsakt) direkt proportional der Größe der auf das Genitale konzentrierten Sexualspannung, d. h. sie ist um so intensiver, je größer und steiler das „Gefälle“ der Erregung ist.

Die folgende phänomenologische Beschreibung des befriedigenden Geschlechtsaktes betrifft nur den Ablauf einiger typischer Phasen und Verhaltungsweisen. Eine Beschreibung der Physiologie des Geschlechtsaktes erübrigt sich mit Rücksicht auf die zahlreichen und guten Darstellungen, die man in der Literatur findet. Wir berücksichtigen auch die Vorlustakte nicht, die von den verschiedenen individuellen Bedürfnissen bestimmt werden und keine Gesetzmäßigkeit aufweisen. Die Er-

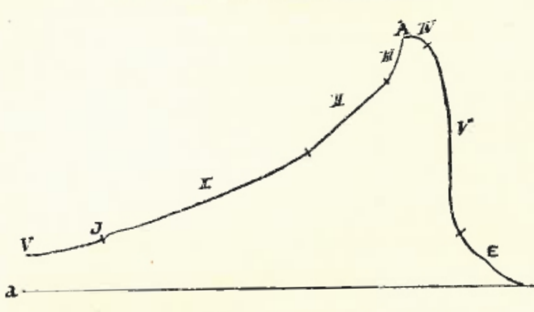
regungsvorgänge am vasovegetativen System werden, soweit sie phänomenologisch zu erfassen sind, im IV. Kapitel behandelt werden.

I) Phase der willkürlichen Beherrschung der Reizsteigerung.

1) Die Erektion ist nicht schmerzhaft, sondern an sich lustvoll, ohne daß das Genitale übererregt wäre. Das Genitale der Frau wird hyperämisch und durch reichliche Sekretion der genitalen Drüsen schlüpfrig. Bei der Immissio kann die Klitoris die leitende Zone sein, aber bei der orgastisch potenten Frau übermittelt sie unmittelbar darnach ihre Erregung der Schleimhaut der Vagina, ohne mit ihr zu konkurrieren. Ein wichtiges Kennzeichen der orgastischen Potenz des Mannes ist der psychomotorische Drang zum Eindringen. Es können nämlich Erektionen auch auf bloß sensible Reize zustande kommen, ohne diesen Drang zu erzeugen; das ist z. B. bei manchen erektiv potenten narzißtischen Charakteren der Fall.

Figur 5:

*Die typischen Phasen des Geschlechtsaktes mit orgastischer Potenz bei beiden Geschlechtern*



*V* Vorlust; *J* Immissio; *I* Phase der willkürlichen Beherrschung der Reizsteigerung und der noch unschädlichen Protrahierung; *II* (6a—d) Phase der unwillkürlichen Muskelkontraktionen und der automatischen Reizsteigerung; *III* (7) plötzlicher und steiler Anstieg zur Akme (*A*); *IV* (8) Orgasmus; *V* (9—10) steiles Sinken der Erregung; *E* Ermattung; Dauer ca. 5—20 Minuten

2) Der Mann ist zärtlich aggressiv. Als pathologische Abweichungen von diesem Verhalten sind anzusehen: übertriebene Aggressivität, die sadistischen Impulsen entstammt, wie bei manchen Zwangsneurotikern mit erektiver Potenz; die Inaktivität des passiv-femininen Charakters; beim „onanistischen Koitus" mit einem ungeliebten Objekt fehlt die Zärtlichkeit. Die Frau ist passiver als der Mann, ohne jedoch völlig inaktiv zu sein. (Extreme Inaktivität z. B. infolge masochistischer Vergewaltigungsphantasien!)

3) Die Lust, die sich während der Vorlustakte auf ungefähr gleichem Niveau gehalten hat, steigert sich bei Mann und Frau in gleicher Weise

plötzlich bei der Immissio. Das Gefühl des Mannes, „hineingezogen" zu werden, entspricht dem der Frau, daß sie das Glied „einsauge".

4) Der Drang des Mannes, recht tief einzudringen, steigert sich, ohne jedoch die Form sadistischen „Durchbohrenwollens" anzunehmen wie bei zwangsneurotischen Charakteren. Die Erregung konzentriert sich durch die beiderseitige, spontane und nicht angestrengte Friktion auf die Penisoberfläche und Glans, beziehungsweise die hinteren Teile der Scheidenschleimhaut. Die charakteristische Empfindung, die das Vordringen des Samens ankündigt und dann begleitet, fehlt noch vollkommen (im Gegensatz zur ejaculatio praecox). Der Körper ist noch weniger erregt als das Genitale. Das Bewußtsein ist völlig auf die Perzeption der Lustempfindungen eingestellt; das Ich ist dabei insofern aktiv beteiligt, als es versucht, alle Lustmöglichkeiten auszuschöpfen und eine recht hohe Spannung zu erzielen, ehe der Orgasmus einsetzt. Das geschieht selbstverständlich nicht mittels vollbewußter Überlegungen, sondern automatisch auf Grund der vorangegangenen Erfahrungen individuell verschieden, durch Abänderung der Lage, der Art der Friktion, ihres Rhythmus usw. Nach übereinstimmenden Mitteilungen potenter Männer und Frauen sind die Lustempfindungen um so stärker, je langsamer und linder die Friktionen und je besser sie aufeinander abgestimmt sind. Das setzt auch ein hohes Maß an Fähigkeit voraus, sich mit dem Partner zu identifizieren. Als pathologische Gegenstücke dazu finden sich der Drang zu heftigen Friktionen mit teilweiser Penisanästhesie bei sadistischen zwangsneurotischen Charakteren, die an impotentia ejaculandi leiden, und die nervöse Hast der an ejaculatio praecox Leidenden. Erkundigungen ergaben, daß orgastisch potente Menschen während des Geschlechtsaktes niemals lachen und — zärtliche Worte ausgenommen — nicht sprechen. Beides, Sprechen und Lachen, deutet auf schwere Störungen des Vermögens zur Hingabe hin, die ungeteilte Zuwendung zur Lustempfindung voraussetzt.

5) In dieser Phase ist die Unterbrechung der Friktion teils an sich lustvoll wegen der besonderen Lustempfindungen, die sich in der Ruhe einstellen, und ohne seelischen Aufwand durchzuführen, teils wird dadurch der Koitus verlängert, indem in der Ruhe die Erregung wieder ein wenig sinkt, ohne jedoch, wie in pathologischen Fällen, ganz zu vergehen. Auch das Unterbrechen des Geschlechtsaktes durch Retraktion

des Membrum ist jetzt noch gar nicht unlustbetont, soforn es nach einer Ruhepause geschieht. Bei fortgesetzter Friktion steigert sich die Erregung stetig über das Niveau vor der Unterbrechung hinaus und erfaßt allmählich immer mehr und mehr den ganzen Körper, während das Genitale selbst mehr oder weniger gleichmäßig erregt bleibt. Schließlich setzt infolge neuerlicher, gewöhnlich plötzlicher Steigerung der genitalen Erregung die

II) Phase der unwillkürlichen Muskelkontraktionen ein.

6) In dieser ist die willkürliche Beherrschung des Ablaufs der Erregung nicht mehr möglich. Sie zeigt folgende Eigentümlichkeiten:

*a)* Die Steigerung der Erregung kann nicht mehr reguliert werden; sie beherrscht vielmehr die gesamte Persönlichkeit und bedingt Pulsbeschleunigung und frequentes Atmen.

*b)* Die körperliche Erregung konzentriert sich wieder mehr auf das Genitale, ohne daß die des Körpers dadurch geringer würde; es setzt ein Empfinden ein, das man am besten als Abströmen der Erregung auf das Genitale beschreiben kann.

*c)* Diese Erregung bedingt zunächst reflektorische Kontraktionen der gesamten Genital- und Beckenbodenmuskulatur. Sie laufen wellenförmig ab: die Wellenberge fallen mit dem völligen Eindringen des Gliedes, die Wellentäler mit der Retraktion zusammen. Sobald aber die Retraktion eine gewisse Grenze überschreitet, setzen sofort krampfartige Kontraktionen ein, die den Samenerguß beschleunigen. Beim Weibe kontrahiert sich in diesem Falle überdies die glatte Muskulatur der Scheide (Saugende Tätigkeit der Scheide nach H. Deutsch).

*d)* In diesem Stadium ist die Unterbrechung des Aktes für Mann und Weib absolut unlustvoll: Die Muskelkontraktionen, die den Orgasmus sowie die Ejakulation beim Manne vermitteln, laufen anstatt rhythmisch krampfhaft ab; das bereitet heftigste Unlust und gelegentlich auch Schmerzempfindungen am Beckenboden und im Kreuz; überdies erfolgt die Ejakulation infolge des Krampfes früher als bei ungestörter Rhythmik.

Die willkürliche Verlängerung der ersten Phase des Geschlechtsaktes (eins bis fünf) bis zu einem gewissen Grade ist unschädlich und wirkt eher luststeigernd; dagegen ist das Unterbrechen oder willkürliche Abändern des Ablaufs der Erregung in der zweiten Phase schädlich, weil

sie bereits reflektorisch erfolgt und weil das Nervensystem selbst irritiert wird. Darüber wird im klinischen Teile (Neurasthenie, Schädigung durch coitus interruptus) noch zu sprechen sein.

7) Durch weitere Verstärkung der unwillkürlichen Muskelkontraktionen und durch die Erhöhung ihrer Frequenz steigt die Erregung rasch und steil zur Akme an (III bis A in der Kurve); diese fällt normalerweise mit der ersten samenfördernden Muskelkontraktion zusammen; jetzt setzt

8) eine mehr oder weniger starke Trübung des Bewußtseins ein; die Friktionen verstärken sich spontan, nachdem sie im Augenblick der „spitzen" Akme kurz ausgesetzt hatten und der Drang „ganz" einzudringen[1] wird mit jeder samenfördernden Muskelkontraktion intensiver. Bei der Frau laufen die Muskelkontraktionen in der gleichen Weise ab wie beim Manne; nur besteht psychisch der Unterschied, daß die gesunde Frau während und knapp nach der Akme „ganz aufnehmen" will. (Über die gegenseitigen Identifizierungen und weitere Unterschiede im Verhalten beider Geschlechter soll an anderer Stelle noch gesprochen werden.) Im Augenblicke der Akme wurde der Atem angehalten; jetzt wird er von heftigem Atmen abgelöst, das sich bei der Frau gewöhnlich in Schreien auflöst.

9) Die orgastische Erregung teilt sich dem ganzen Körper mit und bedingt lebhafte Motorik der gesamten Körpermuskulatur. Selbstbeobachtungen von gesunden Personen beiderlei Geschlechts wie auch die Analyse gewisser Störungen des Orgasmus zeigen, daß das, was wir die Lösung der Spannung nennen und als motorische Entladung empfinden (absteigender Schenkel des Orgasmus), vorwiegend ein Erfolg des Rückströmens der Erregung auf den Körper ist. Dieses Rückströmen wird überdies als plötzliches Sinken der Spannung empfunden.

Die Akme stellt somit den Wendepunkt vom „genitopetalen" zum „genitofugalen" (Ferenczi) Ablauf der Erregung dar. Nur der genitofugale macht die Befriedigung aus, die zweierlei bedeutet: Umsetzung der Erregung und Entlastung des Genitales.

1) Dieser Antrieb, den man phänomenologisch feststellen kann, dürfte ein Ausdruck der von Ferenczi angenommenen Mutterleibsregression sein, die sich im Koitus nach seiner Ansicht, wenigstens für den Mann, durch das Eindringen des Samens psychisch real vollzieht.

10) Ehe der Nullpunkt erreicht ist, klingt die Erregung in sanfter Kurve aus und wird unmittelbar von angenehmer körperlicher und seelischer Schlaffheit abgelöst; zumeist stellt sich auch ein starkes Schlafbedürfnis ein. Die sinnlichen Beziehungen sind erloschen, doch besteht eine „gesättigte" zärtliche Beziehung zum Partner fort, der sich gelegentlich das Gefühl der Dankbarkeit hinzugesellt.

Im Gegensatze dazu empfindet der orgastisch Impotente bleierne Müdigkeit, Ekel, Abscheu, Überdruß und gelegentlich Haß gegen die Frau. Bei Satyriasis und Nymphomanie ist die sexuelle Erregtheit nicht geschwunden. Frauen reagieren häufiger mit Schlaflosigkeit, die ein wesentliches Kennzeichen des Unbefriedigtseins ist. Hingegen darf man nicht ohne weiteres auf Befriedigtheit schließen, wenn der Kranke berichtet, daß er nachher sofort einschläft.

Überblicken wir noch einmal die zwei Phasen des Geschlechtsaktes, so zeigt es sich, daß die erste überwiegend durch das sensorische, die zweite durch das motorische Erlebnis gekennzeichnet ist.

*

Die Ansicht ist weit verbreitet, daß die Verspätung des Orgasmus beim Weibe physiologisch sei; es wurde sogar versucht, diese Tatsache biologisch zu erklären. Es sollte z. B. das spätere Einsetzen des weiblichen Orgasmus den biologischen Sinn haben, eine zweite Ejakulation beim Manne zu erzielen, damit die Befruchtung um so sicherer erfolge (Urbach). Nun kommt es zwar überaus häufig vor, daß die Frau schwerer zum Orgasmus gelangt als der Mann. Man muß jedoch von den Fällen absehen, in denen eine (relative) Verspätung des weiblichen Orgasmus dadurch zustande kommt, daß der Mann die Akme zu früh erreicht. Fürbringer ist in Anlehnung an Löwenfelds Standard von zehn Minuten der Ansicht, daß der normale Akt zwischen fünf und fünfzehn Minuten dauert. Das entspricht auch unserer Schätzung. Man kann es noch nicht pathologisch heißen, wenn ein Mann durchschnittlich schon nach ein bis drei Minuten ejakuliert, wir werden ihn aber auch nicht als entsprechend potent bezeichnen, weil wir die Erfahrung machen, daß solche „zum Naturell gewisser ganz gesunder Männer gehörende verfrühte Ejakulation" (Fürbringer) ebenfalls auf psychischen Hemmungen beruht; wir erinnern an unseren Patienten, der vor der Analyse nach einer

halben Minute zu einem relativ befriedigenden Orgasmus gelangte und nach dem Bewußtwerden seiner Koitusangst die Friktionszeit um mehr als das Doppelte verlängerte. Über weitere Gründe der noch nicht pathologisch zu nennenden verfrühten Ejakulation wird im Kapitel über „die soziale Bedeutung der genitalen Strebungen" einiges vorgebracht werden.

Sieht man davon ab, so bleiben genug Motive übrig, die die Verspätung des Orgasmus bei sonst gesunden Frauen bedingen und nur der Frau zukommen: die doppelte Geschlechtsmoral, die dem Weibe weit mehr Verpflichtung zur Sexualablehnung auferlegt als dem Manne, und der Wunsch ein Mann zu sein, der das Zustandekommen der Befriedigung zwar nicht vollständig zu verhindern braucht, wohl aber den glatten Ablauf der Erregung störend beeinflussen kann. Fallen auch diese Hemmungen weg, so unterscheidet sich der Ablauf der weiblichen Erregung nicht von dem der männlichen.[1]

Der Orgasmus fällt bei beiden Geschlechtern intensiver aus, wenn die Höhepunkte der genitalen Erregung zusammenfallen. Das kommt bei Menschen, die die zärtliche und sinnliche Strebung auf ein Objekt konzentrieren können und entsprechenden Widerhall finden, sehr häufig vor und ist die Regel, wenn die Liebesbeziehung weder innerlich noch äußerlich gestört ist. In solchen Fällen ist zumindest die bewußte Phantasietätigkeit restlos ausgeschaltet; das Ich erfaßt bloß die Lustempfindungen, auf die es ungeteilt eingestellt ist. Die Fähigkeit, sich trotz mancher Widersprüche mit der gesamten affektiven Persönlichkeit zeitweise auf das genitale Erleben einzustellen, wäre die phänomenologische Definition der orgastischen Potenz.

Ob auch die unbewußte Phantasietätigkeit ruht, läßt sich nicht ohne weiteres entscheiden. Gewisse Anzeichen sprechen dafür. Phantasien, die nicht bewußt werden dürfen, können nur stören. Unter den Phantasien, die den Geschlechtsakt begleiten können, muß man diejenigen unterscheiden, die im Einklang stehen mit dem realen Sexualobjekt und dem Sexualerleben, und die, die ihnen widersprechen. War das reale Sexualobjekt imstande, alle libidinösen Interessen wenigstens momentan an

1) Die Frage, ob es neben der sicher vorhandenen rein somatischen Erregbarkeit der Scheide eine ursprüngliche psychische Tendenz beim Kinde gibt, die der späteren vaginalen Einstellung zum Manne entspricht, gehört ins Kapitel über die Genitaltheorie.

sich zu ziehen, so erübrigt sich auch die unbewußte Phantasie; diese steht wesensgemäß im Gegensatz zum realen Erleben, weil man nur das phantasiert, was man real nicht haben kann. Es gibt eine echte Übertragung vom Urobjekt auf das Ersatzobjekt: Das reale Objekt konnte das Objekt der Phantasie ersetzen, weil es sich in den Grundzügen mit ihm deckt. Erfolgt hingegen die Übertragung der sexuellen Interessen, obgleich sich das reale Objekt mit dem phantasierten in den Grundeigenschaften nicht deckt, bloß auf Grund neurotischen Suchens nach dem Urobjekt ohne die innere Fähigkeit zur echten Übertragung, so vermag keine Illusion das leise Gefühl der Unechtheit in der Beziehung zu übertönen. Dort fehlt die Enttäuschung nach dem Akte, hier ist sie unausweichlich; hier hat, so dürfen wir annehmen, die Phantasietätigkeit während des Aktes nicht geruht, sondern vielmehr der Erhaltung der Illusion gedient, dort verlor das Urobjekt an Interesse und damit auch die phantasieerzeugende Kraft; erstand es doch neu im realen Objekt. Bei der echten Übertragung bleibt die Überschätzung des realen Objektes weg; die Eigenschaften, die dem Urobjekt widersprechen, werden richtig eingeschätzt und toleriert; bei der unechten ist die Idealisierung übermäßig groß und die Illusionen herrschen vor; die negativen Eigenschaften werden nicht wahrgenommen (verdrängt) und die Phantasietätigkeit darf nicht aussetzen, sonst ginge die Illusion verloren.

Je angestrengter die Phantasie, die das reale Objekt dem Urobjekt angleicht, arbeiten muß, desto mehr büßt der Sexualgenuß an Intensität und sexualökonomischem Wert ein. Es kommt ganz auf die Art der Unstimmigkeiten an, die jedes länger dauernde Verhältnis zwischen Menschen zu begleiten pflegen, ob und in welchem Ausmaße sie die Intensität des Sexualerlebens herabsetzen. Die Herabsetzung wird um so eher zu einer pathogenen Störung, je stärker die Fixierung an das Urobjekt und die Unfähigkeit zur echten Übertragung ist, je größer ferner der Energieaufwand ist, dessen es bedarf, um die Ablehnung des realen Objektes zu überwinden. Damit kommen wir zu den neurotischen Störungen der orgastischen Potenz.

# III

# Die psychischen Störungen des Orgasmus

Im Gegensatze zu den Störungen der erektiven und ejakulativen Potenz sind die Störungen der „Endlust“ (Freud) oder „Detumeszenz“ (Moll) beim Manne wenig beachtet worden. Beim Weibe werden die weniger leicht unterscheidbaren Störungen der Geschlechtsfunktion unter dem Begriffe der „Dyspareunie“ zusammengefaßt. Dazu gehört auch die vaginale An- und Hypästhesie. Nun findet man auch bei Frauen isolierte Störungen der Funktion des Orgasmus bei ungestörter Funktion der vorbereitenden physiologischen Abläufe. Wertvolle Beiträge vom gynäkologischen Standpunkt zum Verständnis der Störungen des Orgasmus beim Weibe und ihrer Bedeutung für die Entstehung organischer Krankheiten am weiblichen Sexualapparat findet man bei Kehrer.[1] Stekels Untersuchungen über „die Geschlechtskälte der Frau“ und „die Impotenz des Mannes“[2] bringen eine Fülle wertvollen, aber nicht entsprechend ausgewerteten Materials; ohne die Berücksichtigung und gebührende Einschätzung der kindlichen Sexualität, die nur mit der Freudschen Technik erschlossen werden kann, läßt sich eben kein grundlegendes Verständnis erzielen. Das gilt auch für die im übrigen sehr wertvollen Beiträge in der sexuologischen Literatur.[3] In der engeren

---

1) Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit. Leipzig 1922.

2) Berlin und Wien 1920 und 1921.

3) Um eventuellen Vorwürfen, daß die nichtpsychoanalytische Literatur über den Orgasmus übergangen wurde, von vornherein zu begegnen, sei zur Klarstellung vorgebracht, daß meines Wissens eine zusammenfassende klinische Abhandlung über diesen Gegenstand nicht besteht. In Marcuses wertvollem und sonst überaus genau bearbeitetem „Handbuch der Sexualwissenschaft“ haben die beiden Worte „Akme“ und „Orgasmus“ keine eigene Besprechung und auch die verstreuten Bemerkungen in den Abschnitten über den Geschlechtsakt und die Impotenz zeigen, wie gering das wissenschaftliche Interesse für die Funktion des

psychoanalytischen Literatur finden sich keine Beiträge zu unserem Problem. Eine gewisse Scheu, über den Höhepunkt des menschlichen Sexualerlebens zu sprechen und bei der Befragung oder Analyse von Kranken in die Details — und nur diese geben uns die wichtigen Aufschlüsse — einzudringen, mag dafür verantwortlich sein. Die Kranken kommen von selbst nie darauf zu sprechen. Als ich der Impotenz und Frigidität als regelmäßigen Begleiterscheinungen der Neurose bereits große Aufmerksamkeit zuwendete, entgingen mir aus diesem Grunde die so mannigfaltigen Störungen des Orgasmus. Überdies wissen die wenigsten Kranken darüber Auskunft zu geben, ja, sie verstehen nicht, wonach man sie fragt.

Im Verlaufe der Untersuchungen ergab sich die Notwendigkeit, dem Begriff der Potenz auch eine ökonomische Bedeutung zu geben, was durch die Aufstellung des Begriffes: „orgastische Potenz", geschah.[1] Ich darf sagen, daß sich die Aufstellung und analytische Klärung des Problems in völlig unerwarteter Weise fruchtbar für das ökonomische Problem der Neurose erwiesen hat. Dabei konnte ich mich auf die von Freud zum ersten Male ausgesprochene und bewiesene Ansicht stützen, daß der Neurotiker an seiner mangelhaften Befriedigung erkranke und daß die somatische und psychische Libidostauung den Kern der Neurose ausmache. Ich habe den Nachweis zu erbringen, daß die Sexualverdrängung überall dort, wo sie nicht schon bei der Suche nach dem Sexualobjekt (Abstinenz) oder bei den Vorlustmechanismen hemmend eingreift (erektive Impotenz, Anästhesie), die Endlust stört und dadurch den Ausgleich der libidinösen Erregungen verhindert.

Die psychischen Störungen der Endlust lassen sich deskriptiv sämtlich als Abweichungen vom beschriebenen Durchschnittstypus der orgastischen Potenz begreifen. Unter „orgastischer Impotenz" verstehen wir die

---

Orgasmus ist. In der älteren sexuologischen Literatur, in den Büchern Blochs, Havelock-Ellis', Molls, Krafft-Ebings, Forels u. a. konnte ich nichts finden, das für unser Thema von grundlegender Bedeutung wäre. Die Arbeiten Urbachs (Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 1921, Bd. VIII) und Vaertings (Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 1915, Bd. II) behandeln das Problem des Orgasmus nur vom eugenischen Standpunkt, wie überhaupt die psychologische Betrachtung des Sexuallebens zugunsten der eugenischen und physiologischen vernachlässigt wird.

1) Reich: Die therapeutische Bedeutung der Genitallibido. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse XI (1925).

innere Unfähigkeit, auch unter den besten äußeren Bedingungen und dauernd zu einer der jeweiligen Libidostauung und den sexuellen Ansprüchen adäquaten Befriedigung zu gelangen; da orgastisch impotente Menschen zumeist auch über relativ geringere Sublimierungsfähigkeit verfügen, kommt es zu dauernden pathologischen Libidostauungen. Sie sind in dieser Hinsicht sogar schlechter daran als abstinent Lebende oder solche, die über keine genitale Erregbarkeit verfügen, weil sie sich infolge der unmittelbaren genitalen Reize ständig im Zustande relativ bedeutend höherer Spannung befinden, ohne den um so notwendigeren Ausgleich erzielen zu können.

Man kann, die Intaktheit der vorbereitenden Funktionen vorausgesetzt, unter den Störungen der orgastischen Potenz vier Grundformen unterscheiden:

*a)* Die Herabsetzung der orgastischen Potenz: Der Orgasmus entspricht aus inneren Gründen nicht den libidinösen Ansprüchen, so daß somatische und psychische Libidostauungen verbleiben (Onanie, onanistischer Koitus).

*b)* Die Zersplitterung des Orgasmus: Der Ablauf der Erregung wird während des Sexualaktes unmittelbar gestört (akute Neurasthenie).

*c)* Die absolute Unfähigkeit, zum Orgasmus zu gelangen (vaginale Anästhesie, Hypästhesie, genitale Asthenie).

*d)* Die nymphomane Sexualerregung (Nymphomanie, Satyriasis).

## *a) Die Herabsetzung der orgastischen Potenz*

Dauernd inadäquate Endbefriedigung trifft man in erster Linie bei Menschen an, die aus inneren Gründen das richtige Sexualobjekt nicht finden können: bei alten Onanisten, Sexualzynikern, larvierten Homosexuellen, alten Junggesellen, schizoid-introvertierten Menschen mit mangelhaften Objektbeziehungen; ferner bei Männern, die eine dauernde Spaltung der genitalen Strebung in ihre zärtliche und sinnliche Komponente aufweisen, und solchen, die dauernd mit Prostituierten verkehren, sofern die Prostituierte nicht spezifisch dem Urobjekt entspricht. Nur die Herabsetzung der orgastischen Potenz, die sich bei Onanisten mit der Zeit einstellt, ist von klinischem Interesse.

Bei der Onanie setzen die Anstrengungen, die Phantasie festzuhalten,

sie zu variieren, die Lustempfindungen, die beim Koitus erlebt werden, zu reproduzieren, die Befriedigung dermaßen herab, daß sie die vorhandene Spannung nur höchst unvollkommen zu lösen vermag. In dieser Hinsicht gleicht der „onanistische Koitus" (Ferenczi) mit ungeliebten Objekten völlig der Onanie. Die psychischen Strebungen bleiben immer unbefriedigt. Zur psychischen Libidostauung (ungestillten Liebessehnsucht) kommt eine mehr oder weniger starke somatische Stauung hinzu, denn die Anstrengung bei der Phantasiebildung und das Unbefriedigtbleiben der seelischen Strebungen setzen auch die körperliche Befriedigung herab. Man kann Stekel nicht beistimmen, daß die Onanie die adäquate Befriedigungsart mancher Menschen sei. Die analytische Erfahrung läßt keinen Zweifel darüber, daß derjenige, der über das physiologische Stadium der Pubertätsonanie nicht hinwegkommt, an Objekte aus der Kindheit fixiert ist und Angst vor dem Koitus hat. Nachdem sich der Hang zur Onanie auf diese Weise festgesetzt hat, bedingt er sekundär immer stärkere und umfangreichere Regressionen zu infantilen Wünschen und Objekten; das erfordert wieder intensivere Abwehrmaßregeln. So kommt es, daß so viele Neurosen knapp nach der Pubertät ausbrechen und sich an den Kämpfen gegen die Onanie entfalten; wird die Onanie völlig unterdrückt, so daß auch die somatische Stauung pathogen wird, so treten in der Psychoneurose die aktualneurotischen Merkmale stärker hervor. Abundante Tagträumerei, Reizbarkeit, Verstimmungen, Unruhe, Arbeitsstörungen, Pollutionen, Schlaflosigkeit usw. sind gewöhnlich die ersten Anzeichen der endgültigen Erkrankung. Suggestive Beseitigung des Schuldgefühls und der Angst, sich geschädigt zu haben, vermag in manchen Fällen diejenigen Symptome zu mildern, die sich aus dem Onanieschuldgefühl und aus der verstärkten somatischen Libidostauung unmittelbar ergeben. Die psychische Libidostauung ist suggestiv nicht angreifbar und bedingt nach Aufhören des suggestiven Rapports neuerliche Steigerungen des Schuldgefühls, Neigung zur völligen Abstinenz und dadurch auch neuerliches Anwachsen der somatischen Stauung.

Diese Tatbestände, die sich seit den Untersuchungen Freuds und seiner Schule jedem vorurteilslosen Beobachter in Fülle darbieten, bedürfen heute keiner detaillierten klinischen Belege mehr. Dagegen wollen wir einige Beispiele dafür anführen, wie sich die relative orgastische Impotenz bei erektiv potenten Neurotikern äußert.

Ein zweiunddreißigjähriger Mann suchte die Analyse wegen Befangenheitszuständen und Errötungsangst auf. Das Leiden bestand seit seiner zweiten Verheiratung. Er hing noch immer an der verstorbenen Gattin und hatte zum zweiten Male nur aus wirtschaftlichen Gründen geheiratet. Seine erektive Potenz ließ nichts zu wünschen übrig. Bei der ersten Besprechung gab er an, sexuell befriedigt zu sein. Schon in den ersten Analysenstunden zeigte es sich aber, daß er den Akt mit der ungeliebten Gattin nur ungefähr einmal in sechs Wochen „aus Pflicht" ausübte, dabei an seine erste Gattin dachte, mit der er jene verglich, und nach dem Akte, der auch rein körperlich wenig befriedigte, froh war, daß es „bereits vorüber war".

Dieser Fall kann als Prototyp einer großen Gruppe von Erythrophoben angesehen werden, die unbewußt mit homosexuellen Phantasien zu kämpfen haben, beim heterosexuellen Akt ihre Impotenz gut kompensieren und im übrigen unbefriedigt bleiben. Solche Kranke haben keine geringere Libidostauung als diejenigen, die sich zur Abstinenz zwingen.

Daraus ergibt sich, daß die Kontraktionen der Genitalmuskulatur bei der Ejakulation die Befriedigung nur dann vermitteln, wenn der psychische Reizapparat die Lustsensationen widerspruchslos zu verarbeiten imstande ist. Die psychische Hemmung verhindert ferner sowohl die restlose Konzentration als auch den Ausgleich der am Genitale konzentrierten Erregung.

Die gleiche Form der orgastischen Impotenz findet man bei erektiv potenten männlichen Zwangsneurosen mit anderem psychischen Hintergrund.

Ein fünfunddreißigjähriger Mann, der den typischen zwangsneurotischen Charakter aufwies und an erektiver Impotenz litt, bekam nach seiner Verheiratung durch geschicktes Verhalten der Frau die Fähigkeit der Erektion, doch blieb die Impotenzangst bestehen und er mußte sich immer wieder beweisen, daß er noch potent sei: er führte z. B. einige Friktionen „zur Übung" aus und brach dann den Geschlechtsakt ab. Er war weder körperlich noch psychisch besonders erregt und wenn sich die Ejakulation einstellte, steigerte sich die Erregung gar nicht über das frühere Niveau.

Ein neunzehnjähriger Mann kam in die Analyse wegen Zwangsgrübelns. Er hatte viele Verhältnisse und übte coitus interruptus aus. Er pflegte selten mehr als einmal mit einem Mädchen zu verkehren, weil er sie nachher noch mehr verachtete als vorher; der Akt war für ihn nämlich eine „Entleerung" wie die Defäkation und überdies lag ihm besonders viel daran, recht viele Mädchen besessen zu haben. Auf die Befriedigung kam es ihm wenig an, dagegen freute er sich, wenn sich das Mädchen kränkte, daß er sie

„stehen ließ“. Wir werden uns mit dem Ersatz der genitalen Strebungen durch anale, sadistische und narzißtische Tendenzen, wie sie in diesem Falle so deutlich zum Ausdruck kamen, noch eingehend beschäftigen.

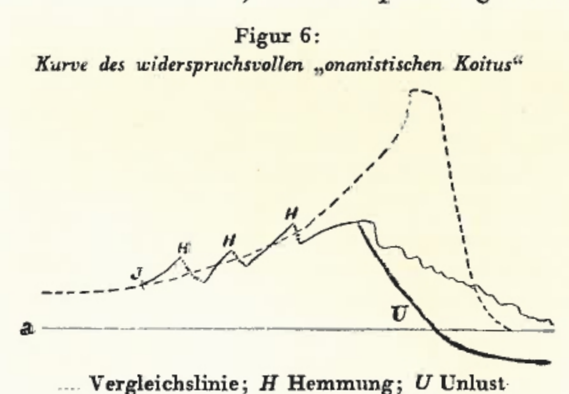
Ein einundzwanzigjähriger Patient, dessen zwangsneurotischer Charakter sich besonders in einem quälenden Zählzwang äußerte, verkehrte sehr oft mit guter, erektiver Potenz, doch mußte er während des Aktes ständig zählen; der Samenerguß erfolgte nur mit Mühe und sehr spät, ohne besonders erhöhtes Lustgefühl. Nach dem Akte war er deprimiert, empfand Ekel und Abscheu vor der Frau und konnte nicht einschlafen.

Diejenige Form der relativen orgastischen Impotenz, die nur geringe Beziehungen zur Neurose hat und vorwiegend im Charakter zum Ausdruck kommt, wird im Kapitel über „die soziale Bedeutung der genitalen Strebungen“ besprochen werden.

Am Schlusse erwähnen wir noch die Störung des Orgasmus beim zu kurz, beziehungsweise zu lange dauernden Geschlechtsakte. Dauert der Akt nicht lang genug, so wird zu wenig Sexualerregung vom Körper auf das Genitale konzentriert, die Ejakulation erfolgt bereits auf geringe Reizung hin wie beim onanistischen Koitus oder bei der ejaculatio praecox. Das heißt, es wurde nicht die ganze verfügbare Libido orgastisch befriedigt. Wird hingegen die Vorlust verlängert und der Orgasmus aufgehalten, so sammelt sich die Erregung nicht am Genitale, um auf einmal orgastisch abgeführt zu werden, sondern die Lösungen verteilen sich sozusagen flächenhaft und die Ejakulation erfolgt mit geringer Lust.

## *b) Die Zersplitterung des Orgasmus*

Figur 6:
*Kurve des widerspruchsvollen „onanistischen Koitus“*




.... Vergleichslinie; *H* Hemmung; *U* Unlust

kommt dadurch zustande, daß Hemmungen, die während des Geschlechtsaktes einsetzen, nicht nur die Erregung erniedrigen und die Befriedigung verflachen lassen, sondern den physiologischen Reizablauf selbst stören. Figur 6 stellt das Intermittieren der Er-

regungssteigerung dar und veranschaulicht das Stolpern der Endlust.

Der Zersplitterung des Orgasmus begegnet man vorwiegend bei Kranken, die über akut aufgetretene neurasthenische Beschwerden klagen: Reizbarkeit, Arbeitsunlust, Ermüdungszustände, diffuse körperliche Beschwerden, wie Rückenschmerzen, Ziehen in den Beinen usw. Das erlaubt uns einigen Fragen näherzutreten, die seinerzeit aufgeworfen wurden, als Freud die Neurasthenie ätiologisch erklärte: „Die Neurasthenie läßt sich jedesmal auf einen Zustand des Nervensystems zurückführen, wie er durch exzessive Masturbation oder gehäufte Pollutionen spontan entsteht."[1] Stekel bestritt nämlich, daß sich die Neurasthenie von den „Psychoneurosen" Freuds durch ihre unmittelbare somatische Ätiologie unterscheide, und behauptete, daß sich bei den Aktualneurosen Komplexwirkungen nachweisen ließen. Demgegenüber vertrat Freud den Standpunkt, daß „die genannten Formen von Neurosen gelegentlich rein vorkommen; häufiger vermengen sie sich allerdings miteinander oder mit einer psychoneurotischen Affektion. . ." Es handle sich bei den Normalen und Neurotikern nicht um die Existenz dieser Komplexe und Konflikte, sondern um die Frage, „ob dieselben pathogen geworden sind, und wenn, welche Mechanismen sie dabei in Anspruch genommen haben".[2]

Stekel ahnte damals richtige Zusammenhänge, verfiel jedoch in der Frage der Aktualneurosen demselben Fehler wie neuerdings bei seiner Untersuchung der Epilepsie; er leitete aus dem bloßen Vorhandensein der diversen Triebregungen einen Erklärungsgrund ab, ohne sich zu fragen, wie sie die verschiedenen Krankheitsbilder spezifisch begründen.

Zur Förderung des Neurasthenieproblems ist es zunächst angezeigt, zwei große Gruppen der Neurasthenie zu unterscheiden:

*1)* die akute Neurasthenie; sie tritt akut auf, läßt sich durch Abstellen bestimmter Schädigungen des Sexuallebens, ganz im Sinne der Freudschen Annahmen, in manchen Fällen beheben oder zumindest mildern und entbehrt einiger Symptome, die

*2)* die chronische (hypochondrische) Neurasthenie[3] dadurch

1) a. a. O.

2) Die Onanie, Wiesbaden 1912.

3) Vgl. Reich: Über die chronische hypochondrische Neurasthenie. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse XII (1926).

charakterisieren, daß sie als Syndrom die Symptomatologie der akuten Form vermehren; das sind: chronische, zumeist seit früher Kindheit bestehende Obstipation, Meteorismus, Übelkeiten, Appetitlosigkeit, dauernder Kopfdruck, erektionslose ejaculatio praecox s. ante portas und Harnträufeln oder Spermatorrhoe. Diese Symptome kommen bei der akuten Form entweder nur vereinzelt oder wenig ausgesprochen vor, oder sie treten hinzu, wenn die Schädigungen chronisch geworden sind. Bei der Frage nach der Psychogenie der Neurasthenie muß man unterscheiden, ob seelische Begehrungsvorstellungen in den Symptomen unmittelbar zu verstellter Darstellung gelangen wie bei der Hysterie oder Zwangsneurose, oder ob seelische Hemmungen, die Resultate einer konfliktreichen Triebkonstellation sind, sich an der Herstellung der Krankheit mittelbar beteiligen. Wir nehmen vorweg, daß die erstgenannte Möglichkeit der chronischen Form der Neurasthenie, die zuletzt genannte der akuten Form zukommt. In diesem Abschnitt besprechen wir nur die akute Form der Neurasthenie.

Bei der Sichtung der durch einfache Anamnese erhobenen Angaben begegnet man vielen Bestätigungen für und Widersprüchen gegen die Freudsche Auffassung der Neurasthenie. Die Frage nach Masturbation, beziehungsweise Pollutionen, wird bejaht, in anderen Fällen sind die Beschwerden erst nach der Unterdrückung der Onanie aufgetreten. Oft erfährt man, daß die Onanie von gehäuften Nacht-, beziehungsweise Tagespollutionen abgelöst wurde. Manche Patienten onanieren exzessiv, d. h. täglich mehrere Male, zwanghaft und mit geringer Befriedigung. Gegen die Freudsche Annahme sprechen scheinbar zwei Feststellungen: Erstens zeigen manche Patienten das neurasthenische Symptomenbild bei seltener Masturbation oder seltenen Pollutionen; zweitens muß man an die Fälle von exzessiver Onanie denken, die nie an den Erscheinungen der Neurasthenie zu leiden hatten.

Einige Beispiele verschiedener Reaktionsweise auf die Onanie, beziehungsweise auf den Geschlechtsverkehr, sollen uns zur genaueren Orientierung verhelfen.

*Fall 1 (Akute Neurasthenie bei exzessiver Onanie):* Ein zweiundzwanzigjähriger Student onanierte seit mehreren Jahren unter lebhaften aktiven Vergewaltigungsphantasien, die von Schuldgefühl und Reue begleitet waren, zwei- bis dreimal täglich. Seit einigen Monaten bestanden große Unruhe,

Depression, Arbeits- und Denkunfähigkeit, sowie Rückenschmerzen und allgemeine Müdigkeit; keine Erregbarkeit, keine Obstipation, kein Kopfschmerz, keine Spermatorrhoe. Der Koitus wurde wegen Ekels vor der Frau nicht vorgenommen. Die Onanie erfolgte durch rhythmische manuelle Friktion am Penis (rhythmischer Samenerguß). In der achten Sitzung erkannte der Patient an Hand eines bestimmten Details in der phantasierten Frau seine Mutter. Auf die Erklärung hin, daß sein Ekel vor Frauen mit dem Inzestwunsch wahrscheinlich zusammenhänge, suchte der Patient eine Prostituierte auf, verkehrte dreimal mit voller Befriedigung; die Symptome schwanden vollkommen, er blieb zunächst auch weiter potent und brach nach einigen Sitzungen die Analyse ab. Nach einigen Monaten kehrte er wegen fortdauernder Depression und Arbeitsunlust wieder, doch war er arbeitsfähig und onanierte sehr selten; den Verkehr mit Dirnen hatte er wieder aufgegeben. Die anderen Symptome waren nicht wiedergekehrt. Einer Fortsetzung der Analyse standen äußere Schwierigkeiten im Wege.

Hier haben wir wohl den klassischen Fall der Freudschen Neurasthenie vor uns; sie weist einen psychoneurotischen Unterbau (die inzestuöse Fixierung) auf. Das dauernde Ausbleiben der neurasthenischen Symptome nach dem Aufgeben, beziehungsweise nach der Einschränkung der Onanie und nach Aufnahme des befriedigenden Geschlechtsverkehrs belegt die postulierte Ätiologie. Es handelt sich um eine akute Neurasthenie ohne die charakteristischen Symptome der chronischen Form: Obstipation, Kopfschmerz, Spermatorrhoe und ejaculatio praecox. Die Onanie ist genital, d. h. sie wird von Koitusphantasien angeregt.

*Fall 2 (Leichte akute Neurasthenie ohne Onanie):* Ein junger Arzt beklagt sich über seine große Reizbarkeit, Ungeduld, Unruhe und leichte Depression, die sich in den letzten zwei Jahren bemerkbar machten. Er ist potent, verkehrt durchschnittlich jede dritte Woche ein- bis dreimal, jeweils mit einer anderen Frau. Er wird aber vom Verkehr nicht befriedigt und verlängert die Vorlustakte. Die Ejakulation erfolgt gewöhnlich nach vier bis acht Stößen. Die Kurve der Akme ist flach und entbehrt des jähen, steilen Abfalls. Während des Aktes wird er vom Gedanken gestört, daß sein Glied zu klein sei und er deshalb die Frau nicht befriedigen könne. Das ist bei verheirateten Frauen viel ausgesprochener als bei Mädchen. Er müsse immer denken, daß die Frauen große starke Männer hätten, mit denen er sich nicht vergleichen könne. Überdies übt er coitus interruptus aus. Eine suggestive Aussprache beseitigte den störenden Gedanken und die Beschwerden wichen.

Aus diesem Falle geht hervor, daß nicht die erektive und ejakulative sondern allein die orgastische Potenz durch hemmende Vorstellungen gestört war.

Der nächste Fall zeigt, daß neurasthenische Symptome auch infolge psychoneurotischer Abstinenz auftreten können, was uns vollends verwirrt, da wir in diesem Falle eine Angstneurose und nicht eine Neurasthenie erwarteten.

*Fall 3 (Akute Neurasthenie bei Abstinenz):* Eine sechsunddreißigjährige Patientin, die wegen Asthma bronchiale in Behandlung stand, erkrankte drei Jahre vor Beginn der Analyse auf einen aktuellen Anlaß hin (Abortus). Seither lebte sie fast vollkommen abstinent; sie war ihrem Freunde böse und verweigerte sich ihm. Sie war immer vaginal anästhetisch und nur durch Cunnilingus an der Klitoris zu befriedigen gewesen. Seit zirka zwei Jahren bestanden folgende Symptome: Müdigkeit, große Reizbarkeit, Depression und organische Sensationen, wie „bleierne Schwere" in den Beinen und Rückenschmerzen. In der Analyse löste sich der aktuelle Konflikt so weit, daß die Patientin wieder zur gewohnten Befriedigung gelangte. Die Symptome schwanden prompt. Einige Male wiederholte es sich, daß sie nach längerer Abstinenz infolge verschärfter Konflikte wiederkehrten und nach einem befriedigenden Cunnilingusakte wieder verschwanden. Diese Symptome waren im Gegensatze zum Asthma keiner analytischen Deutung zugänglich. Charakteristischerweise besserte sich auch das Asthma nach der Befriedigung und verschlimmerte sich in der Abstinenz.

*Fall 4 (Exzessive Onanie ohne Neurasthenie):* Ein zweiunddreißigjähriger Mann, der homosexuell und beim Weibe impotent war, onanierte seit dem sechsten Lebensjahre, seit der Pubertät fast täglich ein- bis dreimal, gelegentlich noch häufiger. Außer der erektiven Impotenz beim Weibe (keine ejaculatio praecox) und der Homosexualität bestanden keinerlei Symptome. Der Patient hatte keine nennenswerten Depressionen, war im Gegenteil leicht hypomanisch, selbstbewußt, ein Prototyp des narzißtischen Homosexuellen. Die Onaniephantasien waren bisexuell und befriedigten ihn. Er onanierte mit Lust, ohne Hemmung und ohne bewußtes Schuldgefühl. Die Analyse führte nach einem Jahre zu einem vollen und dauernden Erfolg (sechs Jahre Katamnese): Der Patient hat keine homosexuellen Wünsche mehr, ist voll potent und liebesfähig und onaniert nicht mehr.

*Fall 5 (Exzessive Onanie ohne Neurasthenie):* Ein zwanzigjähriger Mann suchte die Analyse wegen ejaculatio praecox, Erröten und Befangenheitszuständen auf. Er war eine Zeitlang homosexuell tätig, neigte zur Hochstapelei und onanierte seit dem achten Lebensjahre fast täglich, sehr häufig auch dreimal hintereinander. Keine neurasthenischen Symptome. Die Onanie erfolgte mit genital-heterosexueller, gelegentlich auch aktiv-homosexueller Phantasie; sie war voll befriedigend uud nicht von Schuldgefühl begleitet. Der Verzicht auf die onanistische Befriedigung erfolgte in der Analyse nur mit

großer Mühe. Das Schuldgefühl hing nicht an der Onanie, sondern war vorwiegend in charakterologischen Eigenheiten verankert. Die Analyse führte nach zehn Monaten zu einem vollen Erfolg (ein Jahr Katamnese).

Die beiden letzten Fälle beweisen, daß nur von Schuldgefühl unmittelbar gestörte Onanie eine Neurasthenie erzeugt. Federn hat als erster die entsprechenden Tatbestände gesehen und sie auch am richtigsten formuliert (a. a. O. S. 78): „Wir wissen, daß die Onanie um so eher neurasthenische Beschwerden hervorruft, je weniger befriedigend sie verläuft . . . Läßt die Onanie . . . aus . . . psychischen und physischen Gründen unbefriedigt, so verliert der Apparat dadurch den Vorteil der wirklichen Untätigkeit mit der entsprechenden Erholung und ungestörten Vorbereitung für die nächste Welle. Die Veränderung der rhythmischen Ablaufkurve, welche normal einen steilen Abfall zur Abszisse zeigt, stört die Funktion des Sexualapparates dahin, daß er sich in einem partiell gereizten Zustand gleichzeitig erneuern muß; die dadurch veränderten Organgefühle und sekretorischen Vorgänge wirken irritierend auf den Gesamtorganismus . . ." Federn nimmt aber an, daß „die schädliche Wirkung der Onanie . . . nicht sowohl in den Vorgängen beim Akte als in der Reaktion nach dem Akte beruhe". Das stimmt für die psychischen Wirkungen (Angsthysterie, Impotenz usw.), nicht aber für die somatisch-neurasthenischen, die unmittelbar im gestörten Ablauf des Aktes wurzeln, welcher Herkunft diese Störung immer sei. In der Fußnote (S. 78) heißt es: „Der Zusammenhang scheint mir der zu sein, daß die Vorgänge in den Sexualorganen, besonders in der Prostata, von der psychischen Hemmung beeinflußt werden und dann anders verlaufen, indem die Sexualapparate schwerer arbeiten." Es steht also der Tendenz nach Sexualbefriedigung das Schuldgefühl hemmend gegenüber; das gibt sich unmittelbar in der Abänderung und Erschwerung des Reizablaufs kund. Die Befriedigung wird zersplittert und die Spannung kann infolgedessen nicht herabgesetzt werden. Es ist von entscheidender Bedeutung, ob die Reue total verschoben wird und erst nach der Onanie einsetzt oder schon während des Lusterlebnisses zersetzend wirkt. Wir wissen aus Berichten von Onanisten, daß manche sich der Hemmung mit einer momentanen Skrupellosigkeit befreien, bei der Onanie, soweit es im autoerotischen Akt möglich ist, Befriedigung erlangen und nachher von der Reue befallen werden. Hier konnte das Schuldgefühl den Ablauf des Lust-

erlebnisses und die Lösung der Spannung nicht beeinträchtigen, weil es momentan ausgeschaltet war. Anders ist es, wenn die Skrupeln und die Hemmungen schon während des Aktes einsetzen. Hier wird psychischerseits ein physiologischer Reizablauf gestört, es ist ein Stolpern der Lust, kein jähes Sinken im Orgasmus. Es müssen mehr oder weniger große Reste von nicht erledigten Erregungen verbleiben, die sich, da sie somatischer Natur sind, auch somatisch auswirken. So wäre auch die Tatsache erklärlich, daß gelegentlich infolge Abstinenz oder nach Aufgeben der Onanie nicht eine Angstneurose sondern eine Neurasthenie entsteht, unter deren Symptomen die hypochondrischen Sensationen hervortreten.

Man muß die Entscheidung, inwieweit in manchen Fällen an den neurasthenischen Symptomen neben dem psychogen gestörten Reizablauf auch der abundante Samenverlust schuld ist, weiteren Ermittlungen überlassen.

Überlegen wir genauer, was der gestörte Reizablauf eigentlich zu bedeuten hat: zweifellos eine Irritation des Nervensystems durch Aufhalten eines nervösen reflektorischen Vorganges. Dem Rest unerledigter somatischer Erregung schreiben wir neben der Phantasietätigkeit die Hauptrolle als Motor der exzessiven Onanie zu. Patienten, die ohne Schuldgefühl onanieren, verlieren wenigstens ihre somatischen Spannungen, fühlen sich nach dem Akte wohl und denken eine Zeit lang nicht ans Onanieren. Je widerspruchsvoller das Lusterleben während der Onanie ist, desto stärker werden sich auch die somatischen Störungen neben den psychischen bemerkbar machen. Als Stütze dieses neuen Gesichtspunktes ziehen wir beiläufige Bemerkungen einiger Teilnehmer an der Diskussion über die Onanie heran. Ferenczi meinte (a. a. O. S. 9): „Es ist möglich, daß die Wollustwelle normalerweise restlos abklingt, bei der Masturbation aber ein Teil der Erregung sich nicht ordentlich ausgleichen kann; diese restliche Erregungssumme gäbe die Erklärung der Eintagsneurasthenie — vielleicht der Neurasthenie überhaupt." Allerdings ist dieses Resultat auf das widerspruchsvolle Onanieren allein zu beschränken, sonst müßte jeder Onanist neurasthenisch erkranken. Sehr oft wird die Onanie eine Zeitlang schadlos geübt, bis durch Überwuchern der Phantasien oder durch Lektüre von Schundliteratur Schuldgefühle und Ängstlichkeit störend eingreifen und zur Neurasthenie führen.

Auch der „onanistische Koitus" führt nur deshalb gelegentlich zur Neurasthenie, weil der Widerstreit der Einstellungen den Reizablauf stört. Hier trifft die Ansicht Tausks (a. a. O. S. 16) zu, der das Schuldgefühl nur dort fand, „wo die Onanie keine volle Befriedigung gewährt hat, wo Angst entwickelt wurde. Hingegen konnte ich sehen, daß sich mit der Onanie kein Schuldgefühl verband, wo sie volle Lust gab". Nur ist die Auslegung dieser richtigen Beobachtung unzutreffend; es ist umgekehrt: die Onanie gibt volle Lust, wenn das Schuldgefühl nicht während des Aktes stört.

Die akute Neurasthenie hat somit eine direkte somatische und eine indirekte psychische Ätiologie; diese ist die ursprüngliche und fehlt wohl in keinem Falle.

*

Was über die Herabsetzung der orgastischen Potenz und die Zersplitterung des Orgasmus beim Manne gesagt wurde, gilt in gleicher Weise für Frauen, die an der Klitoris onanieren und vaginal anästhetisch sind: die weibliche Sexualrolle wurde abgelehnt und verdrängt, die physische Weiblichkeit (Penismangel, Menstruation) widerspricht aber den bewußten oder unbewußten Männlichkeitswünschen; um so weniger kann die psychische Libido befriedigt werden, trotz gelegentlich relativ hoher orgastischer Lösung der somatischen Spannungen. Nach länger dauernder Onanieperiode pflegen dann die Onanieschuldgefühle nicht auszubleiben, so daß sich die beschriebenen Folgen der Störung des Reizablaufes einstellen.

### c) *Die absolute orgastische Impotenz*

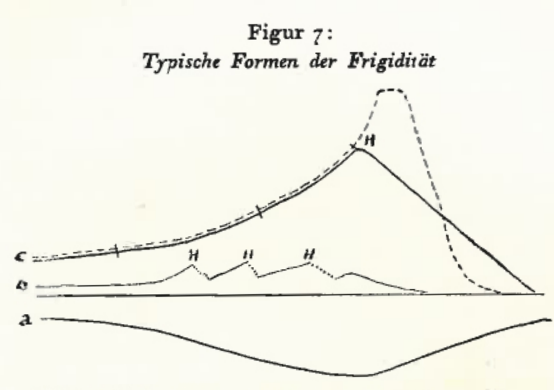
findet man bei Männern nur zusammen mit der impotentia ejaculandi und bei der genitalen Asthenie; bei neurotischen Frauen ist sie dagegen immer anzutreffen.

Im siebenten Schema versuchen wir zwei typische Grundformen der vaginalen Hypästhesie mit orgastischer Impotenz (Kurve *b* und *c*) und die Unlustreaktion der frigiden Frau (Kurve *a*) graphisch darzustellen.

Die Kurve *b* veranschaulicht die vaginale Hypästhesie, bei der die vaginale Erregung von Anbeginn gering ist und während des Aktes kaum nennenswert ansteigt. Die Kurve *c* stellt eine andere Form der Hyp-

ästhesie dar: Die vaginale Erregbarkeit ist intakt, die Erregung steigert sich ohne Störung bis zu dem Augenblick, in dem die Phase der unwillkürlichen Muskelkontraktionen einsetzen soll; hier vergeht entweder die Erregung ganz plötzlich oder sie versandet ohne Orgasmus. Diese Form der orgastischen Impotenz löst gewöhnlich die vaginale An-, beziehungsweise Hypästhesie passagère ab, sobald die wichtigsten Koitushemmungen analytisch beseitigt wurden; sie gibt der Analyse die interessantesten Probleme bezüglich der weiblichen Genitalität und ihre Beseitigung, die ja das eigentliche Ziel der Therapie der Frigidität ist, stellt die Analyse vor weit schwierigere Aufgaben als die Beseitigung der Anästhesie. Da wir in der Herstellung der vaginalen orgastischen Potenz bei nicht abstinent lebenden Frauen eines der wichtigsten Kriterien der gelungenen Behandlung erblicken, wollen wir diesem Gegenstande größere Aufmerksamkeit zuwenden.

Figur 7:
*Typische Formen der Frigidität*




**a Unlust bei totaler Frigidität; b** Vaginale Hypästhesie; **c Normale vaginale** Empfindlichkeit **und isolierte orgastische Impotenz;** *H* Hemmung vor **Beginn der Phase der** unwillkürlichen Muskelkontraktionen

Die weibliche orgastische Potenz hängt unter anderem von der erektiven Potenz des Mannes ab. Nun kommt es vor, daß Frauen, die vaginal empfinden und auch die orgastische Potenz besitzen, nicht mehr zur Endbefriedigung kommen können, wenn der Mann bereits ejakuliert hat. Es stellt sich nämlich die störende Vorstellung ein, daß das Glied jetzt erschlaffen werde und sie nicht zur Befriedigung gelangen könnten. Manchmal setzt diese Vorstellung schon zu Beginn des Aktes ein und die Frau wird von der Idee beherrscht, sie müßte sich beeilen, sonst käme sie zu spät. Sie strengt sich an, und gerade weil sie sich nicht ruhig dem Empfinden überläßt, steigert sich die Erregung nicht; auch dann nicht, wenn die Erektion des Mannes nach der Ejakulation eine Zeitlang anhält. Typischerweise pflegt die Erregung solcher Frauen in

dem Augenblicke zu vergehen, in dem der Orgasmus des Mannes einsetzt; bei genauer Analyse erfährt man, daß sich ihrer in diesem Augenblick eine sonderbare Neugierde bemächtigt und sie den Mann beobachten.

Eine triebhafte, total frigide Psychopathin biß ihren Gatten bei einem Koitus inversus während seines Orgasmus in die Kehle, so daß er in Ohnmacht fiel. In der Analyse teilte sie mit, sie hätte oft phantasiert, daß die Frau die höchste Befriedigung erleben könnte, wenn sie den Mann während seines Orgasmus kastrierte.

Was hier ganz bewußt war, liegt bei Frauen, die an der beschriebenen Störung des Orgasmus leiden, unbewußt vor. Während des Koitus identifiziert sich die Frau mit dem Manne und phantasiert, daß das Glied jetzt ihr gehöre. Das Erschlaffen des Gliedes faßt sie als Kastration in doppelter Hinsicht auf: erstens als Kastriertwerden, zweitens als aktive Kastration des Mannes. Sie ist solange erregt, als ihrer Phantasie, ein Mann zu sein, nichts entgegensteht. Sie verliert ihre Erregung, genauer, sie lehnt die vaginale Erregung ab, wenn sie das Glied, das sie sozusagen entliehen hat, verlieren soll. Die störende Vorstellung, die Befriedigung nicht erlangen zu können, entspringt somit unbewußt der Angst, das Glied nicht behalten zu können.

Die allerhäufigste Ursache der orgastischen Impotenz der Frau ist Angst vor dem Orgasmus. Nur selten ist die Hemmung so oberflächlich wie im folgenden Falle. Eine Patientin konnte nicht zum Orgasmus gelangen, weil ihr Gatte einmal während der Akme — sie hatte zum ersten Male orgastisch empfunden — gelacht und sie nachher gefragt hatte: „Warst du im siebenten Himmel?“ Die Erinnerung an dieses gewiß sehr ungeschickte und unzarte Benehmen hemmte sie seither immer und sie konnte nur mehr widerwillig und ohne Lust geschlechtlich verkehren. Sie regredierte in der Phantasie zu infantilen Befriedigungen und erkrankte, nachdem sie sich diese verboten hatte, an einer Angsthysterie.

In manchen Fällen hemmt die Angst, während des Orgasmus zu defäzieren oder zu urinieren, sein Zustandekommen. Bei Frauen mit stark betonter Analität oder Urethralerotik ist die Vorstellung des Koitus mit der von der Defäkation schon seit der Kindheit assoziiert („Anale Auffassung“ des Koitus). Der so sonderbare Zusammenhang

zwischen Angstaffekt und Sexualbefriedigung, der durch die Forschungen Freuds aufgedeckt und als gesetzmäßig erkannt wurde, kommt am klarsten darin zum Ausdruck, daß die natürliche Reaktion der Kinder sowohl auf ein angsterfülltes Erleben wie auch auf sexuelle Erregung Harn- und Stuhldrang ist.

Ein gutes Beispiel dafür bot eine Patientin, die im Augenblicke, wo der Orgasmus einsetzen sollte, von Angstvorstellungen überfallen wurde, Harn verlor und Winde nicht verhalten konnte; aus Scham und Angst verging die genitale Erregung und sie erkrankte an Schlaflosigkeit.

Über die Genese einer solchen Hemmung des Orgasmus gab die Analyse einer cyclothymen Patientin Auskunft, die an chronischer hypochondrischer Neurasthenie litt.

Sie onanierte unter anderem mit der masochistischen Phantasie, daß sie gefesselt und völlig entkleidet in einen Käfig gesperrt werde und daß man sie dort hungern lasse. Hier setzte die Hemmung des Orgasmus ein: Sie mußte nämlich plötzlich über eine Apparatur grübeln, die den Kot und Urin des gefesselten Mädchens, „das sich nicht rühren darf" (statt „kann"!!), automatisch wegschaffen sollte. Ein Traum, der in dieser Periode geträumt wurde, lautete:

„(Erster Teil) *Ich bin aus einem freundlichen und liebenswürdigen Geschöpf ein boshaftes, wütendes, verstocktes und abscheuliches Wesen geworden. Nachher wurde es wieder anders und ich sagte dem Großpapa, er wäre schuld gewesen wegen der Finger (oder so ähnlich). Er sagt darauf: ‚Ich habe nicht gewußt, daß ein abgeschnittenes Glied (er meinte „Finger") in den Charakter gehen kann (oder in den Darm oder After).‘* (Zweiter Teil) *In der Nähe von K. (Sommerfrische mit drei bis vier Jahren). Ich liege auf einem Lastauto, fast wie im Bett; ich bin zwischen zwei Autos, die zusammenkommen wollen. Ich fürchte, sie werden mein Auto zerquetschen und ich werde drunterkommen und keine Luft kriegen. Es weicht links aus und ich fürchte, daß sie in das Hinterteil anstoßen, daß hinten etwas passiert.*"

Die Analyse hatte in einjähriger Arbeit das Verständnis ihres Masochismus ermöglicht. Wenn sie in der Pubertät z. B. phantasierte, daß sie von ihrem Geliebten gezwungen werde, sich in einem Bordell vielen Männern hinzugeben und sich von ihnen schlagen zu lassen, so entschuldigte sie sich auf diese Weise vor ihrem Gewissen wegen ihres eigenen Koituswunsches: sie war ja unschuldig, denn sie wurde gezwungen. Schließlich verbot sie sich auch diese verstellte Phantasie, weil sie den Geschlechtsakt unverhüllt enthielt, und onanierte nur mehr mit prägenitalen masochistischen Phantasien: sie werde mit eisernen Besen geschlagen, daß Wunden entstehen, die dann mit Salz und Pfeffer eingerieben werden; oder: es werden Nägel in ihr

Fleisch getrieben; oder: sie müsse nackt mit gefesselten Händen (Onanieverbot!) aus einer Krippe essen und sei über und über mit Kot beschmiert. In der Analyse traten unverhüllte masochistische Koitusphantasien wieder auf und sie erkannte in der Kastrationsangst das Motiv ihrer Zuflucht zur prägenitalen Befriedigung. Der Traum brachte die Situation, in der sie die Kastrationsangst im Zusammenhange mit der Defäkationsangst erlebt hatte:

Zum „sumpfigen Wald" fiel der Patientin die Geschichte des kleinen Eyolf ein, der im Teiche ertrinkt, während die Eltern miteinander verkehren. Die „zwei Autos, die zueinander wollen", sind ihre Eltern; sie liegt dazwischen „fast wie im Bett". Bei der Niederschrift des teilweise analysierten Traumes fügte die Patientin unaufgefordert hinzu: „Durch Onanie wachsen die kleinen Labien, hieß es in einer Vorlesung. Damals hatte ich Angst, es könnte mir passieren und man merkt dann alles. ‚Zwei Finger abgefahren', heißt beide Labien lang gewachsen, durch ‚Überfahren' ausgequetscht. Ibsen macht im „kleinen Eyolf" nicht nur Vorwürfe, daß man die Kinder im Schlafzimmer schlafen läßt, sondern (wie zumindest ich im Traume) auch diesen: wenn das Kind da ist, dürft Ihr nicht mehr miteinander verkehren und das Kind als Nebensache behandeln, denn es kann mir doch etwas ‚passieren'. Zuletzt ist nur die Gefahr, daß ‚rückwärts' etwas passiert. (Und immer die Leibschmerzen und Darmgeschichten! Hatte übrigens gerade den Abend vorher Blähungen und dachte, ob das wohl auch damit zusammenhängt, daß wir jetzt die Angst vor dem Geschlechtsverkehr analysieren?) Beide Eltern sollen sich um mich kümmern und nicht um einander, deshalb bin ich in der Mitte. Großpapa lacht wohl, weil er nackt ist und stolz uriniert (im Traume nicht gesehen!). Er steht so da wie der Knabe im Votivpark, den ich tags vorher sah." Zum Verständnis des Zusammenhanges zwischen der Phantasie, nackt, gefesselt und hungernd in einem Käfig zu liegen, und dem Traume bringen wir einen anderen Traum, der zwei Tage vorher geträumt wurde:

*„Ich sitze in der Küche am Schemel vor einem Käfig, in dem sich zwei Vögel befinden, die ich scharf ansehe, als müßte ich etwas sehen, bevor ich an ihnen eine Operation durchführe. Dabei denke ich, daß man das nicht öffentlich macht. Dunkles Licht."* Dazu fiel ihr ein Angsttraum aus früher Kindheit ein: *„Der Mutter geschieht etwas, sie wird operiert."*

Einige Tage vorher hatte sie in einem Buche von Fließ das Wort „vögeln" (d. h. koitieren) gelesen. Der Käfig stellt ihr Gitterbett dar. „So etwas macht man nicht öffentlich" bezieht sich auf Flatus und Defäkation. Die Patientin mied seit vielen Jahren jede Gesellschaft, weil ihr einige Male in Gegenwart von Männern, die ihr gefallen hatten, ein „Malheur rückwärts" passiert war: sie hatte Diarrhöe bekommen. Auch in der Analyse pflegte sie, wenn die Übertragung sich zu sexueller Erregtheit steigerte, Harn- und Stuhldrang zu bekommen, den sie nicht beherrschen konnte. Als ihr bewußt wurde,

daß die masochistischen Phantasien den mit Angst besetzten Koitus vertraten, stellten sich im Zusammenhange mit der Übertragung normale Koitusphantasien ohne Angst ein; knapp, bevor der Orgasmus einsetzen sollte, drängten sich jedoch die masochistischen Phantasien wieder vor. Die Angst vor dem Koitus war beseitigt und hatte sich auf die isolierte Angst vor dem Orgasmus einschränken lassen.

Auf Grund der genannten Tatsachen ergab sich folgende Rekonstruktion der Urszene: Während sie zwischen den Eltern lag und den Koitus belauschte, wurde sie von der Angst beherrscht („gefesselt"), sie könnten bemerken, daß sie beobachtete; sie durfte sich infolgedessen nicht rühren. Die sexuelle Erregung, die mit Angst gemischt war, wollte sich anal und urethral äußern, sie bekam Harn- und Stuhldrang und sehnte eine Apparatur herbei, die die Fäkalien unbemerkt wegschaffen sollte. Die seelischen und körperlichen Qualen, die das Kind dabei zu ertragen hatte, blieben seither in ständiger assoziativer Verknüpfung mit der Sexuallust und fixierten die masochistischen Onaniephantasien. Die sadistische Auffassung des Koitus und die Kastrationsangst hatten dazu das meiste beigetragen, insbesondere die letzte war das Motiv der Flucht vor den Gefahren der genitalen Betätigung in den analen Masochismus.

Eine andere Patientin, die an hypochondrischer Angst litt, war vor der Analyse auch vaginal anästhetisch. Die Analyse erledigte zunächst den Teil der Kastrationsangst, der sich als Vaginismus geäußert hatte, und brachte es zustande, daß sich die Patientin in ihrer weiblichen Rolle zurechtfand; bewußte Wünsche nach Sexualbefriedigung und die vaginale Empfindlichkeit stellten sich zwar ein, doch konnte sie nicht zum Orgasmus gelangen. Knapp bevor er einsetzen sollte, „riß es ab". Die Analyse der orgastischen Impotenz führte zum Thema der Onanie zurück, bei der sie sich die Endbefriedigung als schädlich verboten hatte, und sie brachte in diesem Zusammenhange folgenden Traum:

*„Mir träumte von einem Turm aus rohen Dachziegeln, der an der Mauer einen kleinen Vorsprung hatte, so daß man sich gerade an den Zehen daran festhalten konnte. Ich stieg da außen rundherum hinauf; als ich nur mehr ein kleines Stück hatte, löste sich der Ziegel, an dem ich mich mit der linken Hand anhielt, los und eine große Angst überkam mich: wie schrecklich, so hoch oben zu sein; wenn ich den Halt verliere, bin ich tot. Da gehe ich lieber den weiteren Weg zurück und mir ist, als wenn Sie mir zusehen möchten, ich will Ihnen zeigen, daß ich mich getrau, aber ich bin froh, daß auf einmal mein Mann da ist, der vor mir geht. Wenn mein Mann nicht herunterfliegt, so (will) nur ich schnell darüber und Sie sehen, wie herzhaft ich bin. Mein Mann springt hinunter, ich traue mich aber nicht, auch hinunterzuspringen."*

Wir heben nur die zum Thema gehörenden Elemente hervor. Der kleine Vorsprung an der Mauer ist die Klitoris. Sie steigt „rundherum", d. h. an

der Klitoris vorbei „hinauf“; sie versucht vaginal zu onanieren. Gewisse Verhaltungsweisen der Patientin hatten nämlich trotz gegenteiliger Beteuerungen bewiesen, daß die Angst zu onanieren, beziehungsweise die Kastrationsangst, noch nicht völlig überwunden war. Sie konnte zwar schon ruhig über die Onanie sprechen, die sie in der Kindheit und seit der Pubertät bis zur Erkrankung geübt und dem Analytiker lange verschwiegen hatte, doch schrak sie vor dem Gedanken zurück, daß sie es noch einmal tun könnte. Das wies nicht auf Erledigung sondern auf Verdrängung des rezenten Onaniewunsches hin. Da sich in dieser Hinsicht lange Zeit nichts entscheiden wollte, obgleich reichlich Beweise da waren, daß die Patientin gegen aktuelle Onaniewünsche ankämpfte, sagte ich ihr eines Tages, ich könnte ihrer Behauptung, daß sie von der Ungefährlichkeit der Onanie überzeugt sei und nichts mehr fürchte, keinen Glauben schenken, denn sie würde sich sicher die Onanie nicht erlauben, wenn ein solcher Wunsch sich bewußt regte. Sie bestand darauf, weder solche Wünsche noch Angst mehr zu haben, und brachte in der nächsten Stunde den Traum. Der Ziegel löst sich los, während sie hoch oben steht, d. h. vor Eintritt des Orgasmus („Als ich nur mehr ein kleines Stück hatte“), sie fürchtet zu fallen und sich zu töten. Die Patientin kam in die Analyse wegen der Angst, an Tuberkulose zu sterben, und hatte in der Pubertät die Idee gehabt, daß man durch die Onanie, insbesondere durch den Orgasmus, an der Lunge erkranke. Sie möchte mir zeigen, daß sie sich zu onanieren getraut, ist aber erfreut darüber, daß ihr Mann kommt, mit dem sie zusammen hinaufsteigt, d. h. verkehrt. Die Erregung während des Aktes pflegte zu dieser Zeit immer „abzureißen“, wenn ihr Mann zum Orgasmus gelangte. („Wenn mein Mann nicht hinunterfliegt“ usw.) Sie gelangte aber auch nicht zur Befriedigung, wenn der Mann nicht zu früh abbrach. Sie hatte Angst vor dem Orgasmus selbst, den sie durch „Hinunterfallen“ darstellte. Als sie einmal bei der Onanie eine orgasmusähnliche Sensation erlebte, glaubte sie „sterben zu müssen“. Eine andere Patientin, die durch die Analyse ihre Frigidität ganz verloren hatte und nur selten orgastisch impotent war, berichtete mir später, es komme ihr in diesem Falle vor, als stiege sie immerfort und als wagte sie es nicht „hinunterzuspringen“. Das gleiche berichtete mir eine schizoide Psychopathin.

Die orgastische Lösung der Spannung wird als ein Fallen empfunden, wenn die Angst den Orgasmus stört. Das mag einer der Gründe sein, warum Fallträume so häufig Impotenzträume sind. Hier ist die Kastrationsangst ganz an die Stelle des Orgasmus getreten. Viele Menschen haben angstvolle und gleichzeitig lustbetonte Sensationen im Genitale, wenn sie in einen Abgrund hinabsehen oder sich bloß vorstellen, daß sie in die Tiefe stürzen. Das Stiegensteigen als Symbol

des Geschlechtsaktes stellt somit nicht nur die Anstrengung sondern auch das Ansteigen der Intensität der Lustempfindungen während des Aktes dar. Auch beim Schaukeln, im rasch abwärts fahrenden Lift, im talwärts rasenden Auto, bei steiler Schußfahrt auf Skiern verspürt man am Herzen und am Genitale Empfindungen, die angst- und lustbetont zugleich sind. Diese Empfindungen haben spezifischen Charakter: „Das Herz sinkt“ (im Volksmund: „Das Herz fällt in die Hosen“), „man verliert etwas“; manche haben das Gefühl, als ob „am Genitale gezogen“ würde. Die genitale Angstsensation wird an der Peniswurzel verspürt. Die physiologische Grundlage der symbolischen Gleichung: Herz—Genitale (Angst—Lust) wird uns im nächsten Abschnitt eingehend beschäftigen.

Eine Patientin mit Suicidideen phantasierte, daß sie sich aus einem Fenster in die Tiefe stürze[1] und unten vom gütigen Gottvater aufgefangen werde. Die Analyse entlarvte diese Idee als Inzestphantasie. Diese Patientin gab auf meine Frage, warum sie denn bei der Onanie nicht zur Befriedigung gelangen könne, an, daß sie die angstvolle Empfindung habe, als müßte sie aus großer Höhe von einem Fenster hinabstürzen; also die gleiche Vorstellung wie bei der Selbstmordphantasie.

Ein Patient mit hysterischem Charakter und hypochondrischer Katastrophenangst hatte in der Analyse Angst und Sexualscheu überwunden. Bei der Analyse der infantilen Onanie, an die der letzte Rest seiner Kastrationsangst gebunden war, träumte er folgenden Angsttraum, in dem der Orgasmus unverkennbar symbolisch als Sturz (Verlust, Kastration) dargestellt ist:

*„Ein junger, hübscher Mann im Hochgebirge. Es ist stürmisch, er scheint den Weg verloren zu haben. Eine Knochenhand, der Tod, hat ihn am Arm gefaßt und scheint ihn zu führen; offenbar ein Symbol, daß er ins Verderben geht. — Ein Mann und ein kleiner Knabe stürzen einen Abhang hinunter, ein Rucksack entleert gleichzeitig seinen Inhalt, der Knabe ist von einem weißlichen Brei umgeben.“*

Der erste Teil des Traumes beinhaltet die Angst vor den Folgen der Onanie; die Katastrophenangst (Sterbenmüssen, Verrücktwerden) war nach einem Besuch in der Hygieneausstellung aufgetreten, in der er syphilitische Geschwüre gesehen hatte. — Im zweiten Teile stellt der „kleine Knabe“

1) Je nach der Libidoposition überwiegt in den Sturzträumen bald die Geburts-, bald die Orgasmusbedeutung; der Kranke pendelt unausgesetzt zwischen dem Streben nach genitaler Befriedigung, die ihm Angst einflößt, und der Mutterleibssituation, die ihn vor den Gefahren der Libidobefriedigung schützen soll.

ihn selbst und überdies sein Genitale dar. Beim Sturz entleert sich (Ejakulation) sein Rucksack (Hoden), der Knabe (Glied) ist von weißlichem Brei (Sperma, Hinweis auf syphilitisches Geschwür) umgeben.

Wir erblicken in der assoziativen Verbindung der Begriffe des Todes (der Geburt), der Kastration und des Orgasmus und in ihrer symbolischen Darstellung durch die Vorstellung des Sturzes eine Bestätigung der Hypothese Ferenczis,[1] daß das Ausstoßen des Samens biologisch (phylogenetisch) einer Kastration gleichkomme und daß dem Vorgang der Erektion eine biologische Tendenz zur Autotomie zugrunde liege. Wie befremdend diese Hypothese auch klingt, mit dem Orgasmus ist tatsächlich das Gefühl verbunden, „etwas“ oder „sich zu verlieren“.[2] Man muß annehmen, daß der plötzliche Verlust der libidinösen Spannung, der mit der Ausstoßung des Samens beim Manne, mit profuser Schleimproduktion beim Weibe verbunden ist, dieser Empfindung unmittelbar zugrunde liegt. Doch dürfte speziell das Gefühl, etwas zu verlieren, der uralten Kastrationsangst entstammen. Dafür sprechen jene Fälle, die den Orgasmus als eine machtvolle Sensation fürchten, die einen überkommt, beherrscht, zerrüttet und das Bewußtsein trübt. Man hat sie zum ersten Male bei der Onanie erlebt, vielleicht mit Schreck erlebt, und hat später die Idee gebildet, daß der Samenverlust und die Erschütterung des Körpers die Nerven zerrütte. So kommt zur infantilen Kastrationsangst, die durch die Schundliteratur noch gesteigert wird, die körperliche Sensation des Orgasmus hinzu, die zu mächtig ist, um nicht zunächst mit Angst erlebt zu werden. Man wird daher bei den Fällen, die nicht die manuelle Friktion des Genitales sondern bloß den Orgasmus, beziehungsweise die Ejakulation vermeiden, annehmen müssen, daß die Kastrationsangst sich in erster Linie des erschütternden Erlebnisses des ersten Orgasmus' be-

1) Versuch einer Genitaltheorie (Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Nr. XV. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924).

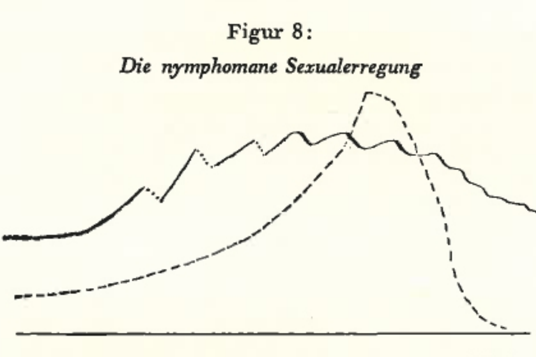
2) Wir können Ferenczi allerdings nicht zustimmen, wenn er meint, daß der Geschlechtsakt als eine partielle und vorübergehende Regression in den Mutterleib aufzufassen sei. Denn dann müßte das Gefühl des „Sichverlierens“ den ganzen Akt und nicht nur den Orgasmus beherrschen; ferner dürfte die Frau nicht dieselben Sensationen und Empfindungen haben wie der Mann, denn für sie gilt der Akt nicht als Mutterleibsregression, und wie unsere Beispiele zeigten, neigt gerade die Frau zur Angst vor dem Orgasmus, die sich als Angst zu fallen oder sich zu verlieren äußert.

mächtigt hat. Die Therapie solcher Fälle muß trachten, die Angst zu beseitigen, die die Onanie betrifft: sie müssen ohne Angst onanieren können.

### *d) Die Sexualerregung bei der Nymphomanie*

Das achte Schema stellt den Verlauf der Erregung bei Frauen dar, die sehr darunter leiden, daß sie während eines Geschlechtsaktes mehrere Male der Akme ähnliche Sensationen erleben, ohne jedoch die Spannung zu verlieren, so daß sie sich in ständiger sexueller Erregung befinden („Nymphomanie"). Unaufhörliches Verlangen nach dem Koitus und Männersucht sind häufig unmittelbare Folgen dieser Form der orgastischen Impotenz.

Figur 8:
*Die nymphomane Sexualerregung*



— Wiederholte Spannungssteigerung und Ausbleiben der Lösung

Die Erregung ist vom Anbeginn bedeutend höher als bei orgastisch potenten Menschen und steigt während des Aktes auch viel rascher an; sie vergeht teilweise auf der Höhe der Spannung, ohne daß sich das charakteristische Rückströmen der Erregung auf den Körper einstellte. Die Hemmung setzt also erst nach der Konzentration der Erregung am Genitale ein.

Eine achtundzwanzigjährige Frau klagte über Schlaflosigkeit, ständige sexuelle Erregung und darüber, daß sie mit vielen Männern verkehren müsse. Beim Verkehr hat sie sehr intensive vaginale Sensationen und gelangt angeblich sogar mehrere Male „zur Befriedigung". Nach dem Akte ist sie noch stärker erregt als vorher und kann nicht einschlafen. Genaue Befragung ergibt, daß sie das orgastische Sinken der Spannung nur äußerst selten erlebt, in diesem Falle aber nur einmal zur Akme gelangt. — Bei ihrem Manne, der an leichter ejaculatio praecox litt, war sie vaginal hypästhetisch. Bei einem Geschlechtsakt mit einem anderen, sehr potenten Manne erreichte sie zum ersten Male die Erregung in jenem hohen Grade, wie er beschrieben wurde. Die Ehe war zerstört, aber das Schuldgefühl wegen des ersten Ehebruchs, das ihr nicht bewußt war, störte sie unaus-

gesetzt. Da die Frau nicht analysiert wurde, konnte nicht ermittelt werden, warum die Störung gerade vor der Lösung der Spannung einsetzte und welcher Art die Hemmungsvorstellung war.

Darüber konnte in der zweijährigen Analyse einer Nymphomanie, deren Hauptsymptom exzessive vaginale Onanie mit bewußten Selbstschädigungstendenzen war, einiges in Erfahrung gebracht werden. Ich entnehme die Krankengeschichte dieser Patientin meinem Buche über den triebhaften Charakter, in dem sie nur hinsichtlich ihrer Charakterdefekte besprochen wurde.

Eine sechsundzwanzigjährige, ledige Patientin suchte das psychoanalytische Ambulatorium wegen fortwährender sexueller Erregung auf. Sie möchte befriedigt werden, empfinde aber beim Geschlechtsverkehr nichts, spüre nicht einmal das Eindringen des Gliedes. Sie liege „gespannt“ da und „höre“, ob die „Befriedigung kommt“. Bei der geringsten Körperbewegung verschwinde aber jedes aufgetretene Lustgefühl sofort. Sie leidet überdies an Schlaflosigkeit, Angstzuständen und an abundanter Onanie. Sie onaniert mit dem Stiel eines Messers bis zu zehnmal im Tag, gerät dabei in heftige Erregung, die sie durch Aussetzen der Friktion nicht zum Abschluß kommen läßt; so unterbricht sie die Friktion mehrere Male, bis sie, völlig erschöpft, entweder gar nicht zum Orgasmus kommt oder absichtlich Blutung aus dem Genitale erzielt und dann mit begleitenden masochistischen Phantasien zur Befriedigung gelangt. Die Blutung aus der Scheide ist eine Bedingung der Befriedigung. Sie phantasiert, tief in den Uterus einzudringen; „ich kann nur in der Gebärmutter befriedigt werden“. Bei der Onanie phantasiert sie, ihr Genitale, das sie Lotte nennt, sei ein kleines Mädchen. Sie spricht unausgesetzt mit ihr, indem sie beide Rollen spielt. „Jetzt, mein Kind, wirst du befriedigt werden, schau (während der Analyse), der Doktor ist bei dir. Der hat ein schönes, langes Glied, aber es muß dir wehtun.“ Die Lotte: „Nein, ich will nicht, daß es mir wehtut!“ (weint). „Du mußt leiden, das ist die Strafe für deine Geilheit, du bist ein Luder. Das muß noch mehr wehtun, das Messer muß zum Rücken herauskommen.“ Und so ähnlich geht es fort. Die Onanie bedeutet für die Patientin eine schwere Sünde, für die keine Strafe hoch genug ist. Dabei phantasiert sie bewußt alle bekannten Männer, aber auch die „Mami“, eine Analytikerin, bei der sie drei Jahre früher acht Monate lang in Behandlung war. (Nach zweijähriger Remission war die Patientin rezidiviert.)

Der Vater der Patientin sowie eine ältere Schwester und ein jüngerer Bruder sind angeblich gesund und lebenstüchtig. Der Vater war in der unglücklichen Ehe mit einer herrschsüchtigen Frau offenbar unterlegen. Sie hat immer das Regiment im Hause geführt. Ein älterer Bruder verbüßte zur Zeit der Analyse eine Zuchthausstrafe wegen „Schändung“.

Von ihrer Mutter fühlte sich die Patientin schlecht behandelt und verstoßen. Die Rolle des verstoßenen und ungeliebten Kindes versuchte sie auch in der Übertragung herzustellen, die sehr vehement war (die Analyse stand fast völlig im Zeichen der Aktion). Nachdem die Bindung an die erste behandelnde Ärztin aufgelöst war, trat die Ambivalenz zur Mutter voll zutage. Sie sehnte sich nach der „Mami", erkannte in ihr anfangs ihre eigene Mutter gar nicht, mit der Begründung, sie könnte doch nicht eine Mutter lieben, die sie immer verstoßen, geschlagen, schlecht behandelt hatte und sich nicht um sie kümmerte (dies entspricht den Tatsachen). Sie phantasierte, an jeweils neu gewählten „Mamis" zu saugen, Mutterleibswünsche standen im Vordergrunde. Ihre Klage, sie müßte für andere leiden, die Strafen für die Vergehen anderer auf sich nehmen, klärte sich auf, als wir erfuhren, daß sie als achtjähriges Kind eine Phantasie folgenden Inhalts produzierte: Die Mutter war in einem Wirtshaus, die Patientin in einem anderen angestellt. Die Mutter, die mit dem Vater in schlechtester Ehe lebte, empfing häufig Besuche eines großen Herrn, den sie per „Graf" titulierte. Einmal wurde die Patientin diesem Herrn vorgestellt. Und nun glaubte das Kind, sie werde von der Mutter verstoßen, weil sie das Kind dieses Grafen sei und die Mutter gestört hätte. Sie phantasierte (es konnte nicht entschieden werden, ob es sich um Reales oder Phantasiertes handelte), der Graf vergewaltige sie mit Beihilfe der Mutter (siehe ihre Onaniephantasie). Sie spüre ein großes Glied in ihre Scheide eindringen, das ihr große Schmerzen verursache. Es ist ein dunkles Zimmer, jemand steht dabei und schreit sie an, sie dürfe nicht weinen, sondern müsse sich ruhig verhalten. Später deckte die Analyse eine ähnliche Phantasie (oder dunkle Reminiszenz?) aus ihrem vierten Lebensjahre auf: sie wird von zwei Männern, den Bettgehern ihrer Eltern, in das vermietete Zimmer getragen, der eine hält sie, der andere zwängt sein übergroßes Glied in ihre Scheide. Sie will schreien, kann aber nicht. Voll erinnert wurden sexuelle Spiele mit gleichaltrigen Jungen in einem Keller auch aus früherer Zeit. Mit einem älteren Bruder koitierte sie im zehnten Lebensjahre. Sechs Jahre alt, spielte sie mit dem zwei Jahre alten Bruder, sah sein Glied, versuchte eine Stricknadel in dasselbe einzuführen, der Penis blutete, die Patientin zerrte daran; das Kind schrie, sie wurde von der Mutter dafür geschlagen und an den Haaren gezerrt.

Mit zwölf Jahren kam sie als Kindermädchen in Stellung, zwei Jahre lang reizte sie der Dienstgeber fast allnächtlich, ohne zu verkehren. Mit fünfzehn Jahren glaubte sie schwanger zu sein, die Menstruation blieb drei Jahre aus und trat nach Abbruch der ersten Analyse wieder auf. Sie kam nun auf die Idee, sich ein Stück Holz an die Scheide zu binden. Später kam sie oft in die Analyse mit dem Messer in der Scheide, was offenbar nur durch einen vaginistischen Krampf möglich war. Ohne das Messer in der Vagina stecken zu haben, konnte sie nicht einschlafen.

Die Onanie, in der Form wie sie heute besteht, setzte im fünfzehnten Lebensjahre nach einer Nacht ein, die sie zusammen mit ihrem Vater in einem Zimmer verbrachte. Sie hatte schwer geträumt, den Angsttraum vergessen und war früh am Boden liegend aufgewacht. Die Bettlade war durchgebrochen. Der Vater fragte sie, was sie denn in der Nacht getan hätte, ohne ihr nähere Auskunft zu geben. Dieses Detail hat die Analyse bis dato nicht lösen können. Es spricht aber alles dafür, daß die Nähe des Vaters erregend gewirkt und zum Angsttraum geführt hatte. Es lag nahe anzunehmen, daß die Patientin damals onaniert hatte.

Die Rezidive war ausgebrochen, nachdem sie mit einem Sadisten Bekanntschaft gemacht hatte, der sie mit Geißeln schlug, an den Haaren zerrte, schimpfte und überdies zu kriminellen Handlungen zwang. So mußte sie ihm zweimal kleine Mädchen bringen, für ihn stehlen usw. Dabei nannte sie ihn „ihren besten Freund", konnte ohne ihn nicht leben, brachte es zuwege, ihm stundenlang in den Straßen nachzurennen. In der Analyse gelang es nur mit schwerer Mühe, unter Androhung des Abbruches der Kur, sie von ihm zu lösen. Sie übertrug sofort die masochistische Einstellung auf den Arzt, brachte eine Geißel in die Analysenstunde mit und begann sich zu entkleiden, um geschlagen zu werden. Nur das schärfste Eingreifen brachte sie davon ab. Sie rannte mir in den Straßen nach, suchte mich um zehn Uhr nachts in meiner Privatwohnung auf, sie hielte es nicht aus, ich müßte sie koitieren oder schlagen, sie müßte von mir ein Kind haben, nur ich könnte sie befriedigen. So ging es ungefähr acht Monate, keine Aufklärung, kein Zureden machte einen Eindruck auf sie. So oft sie etwas begangen hatte, onanierte sie um so stärker und häufiger, „zur Strafe", „ich muß krepieren". Im achten Monat der Analyse unternahm sie einen Giftmordversuch an ihrer älteren Schwester und deren Gatten. Darüber besteht wegen hier nicht näher anzuführender Umstände kein Zweifel. Die Patientin hatte das Ganze vergessen, verriet aber die Tat in Träumen und durch besonders grausames Onanieren. Einige Tage vorher hatte sie Rattengift in die Analyse gebracht, sie liebte es so sehr, sie müßte es sammeln. Nur mit strengsten Verboten, unter Androhung des Abbruches war die Patientin in der Analyse zu halten.

Im vierzehnten Monat der Analyse erinnerte die Patientin in einer ruhigen Phase vollkommen vergessene Szenen aus dem Schlafzimmer der Eltern. Die sadistische Theorie über den Geschlechts- und Geburtsakt fand hier ihre Aufklärung, ein Stück Angst wurde aufgelöst, die Patientin trat einen Posten an und hielt sich nunmehr ganz gut. Charakteristischerweise bekam sie jetzt einen Eßzwang, nahm stark an Gewicht zu, was einer oralen Schwangerschaftsphantasie entsprach. Ihrer Neigung, die Analyse ins Unendliche hinauszuziehen, mußte, da das anscheinend wichtigste Stück durchgebrochen war, durch Setzen eines langfristigen Termines (weitere sechs Monate) entgegengearbeitet werden. Die Onanie flammte samt dem Schuld-

gefühl bei der Erörterung der Schlafzimmerszenen wieder auf und mußte verboten werden. Das Verbot war notwendig, weil sich bereits lokale Schädigungen zeigten (eine Gebärmuttersenkung und -knickung).

Die Hebung des reinen Inzestwunsches, der bisher vollkommen verdrängt war, brachte aber keine Verurteilung. Im Gegenteil, die Patientin phantasierte nunmehr bewußt, vom Vater koitiert zu werden und ein Kind zu bekommen. Die Phantasien steigerten sich manchmal zu lebhaften Halluzinationen. Sie sah einen Teufel, der sie verhöhnte, sie würde es ja doch nicht ohne die Onanie aushalten, sie strengte sich umsonst an. Er hatte das eine Mal die Züge des „Grafen", ein anderes Mal die der Mutter. Der Teufel repräsentierte ihre grausamen und inzestuösen Wünsche, deren sie sich zu erwehren hatte, ihre Mutter und als verpöntes Objekt insbesondere den Vater.

Seit der Niederschrift dieser Krankengeschichte hatte sich im Zustand der Patientin manches zum Besseren gewendet. Nach einer Unterbrechung von vier Monaten wurde die Behandlung durch weitere sieben Monate fortgesetzt. Jetzt wurde ich eines Irrtums gewahr, dessen Korrektur die Besserung des Zustandes der Patientin erzielte. Es stellte sich nämlich bei genauer Befragung über den Ablauf der Erregung heraus, daß die Patientin auch bei der Onanie mit dem Messer nie zur Befriedigung gekommen war: In ihren Berichten hatte sie nur den Unterschied zwischen der vaginalen Erregung bei der Onanie und der Unempfindlichkeit beim Koitus im Auge und glaubte daher durch die Onanie „befriedigt" zu sein, während sie bloß stark erregt war. Sie gab an, daß bei der Onanie die vaginale Erregung sofort stark einsetzte und daß sie „die Richtung des Messers" abänderte, sobald sie spürte, daß „es ihr kommt"; darauf verging die Erregung, um gleich darauf um so stärker anzuschwellen, sobald sie die Friktion fortsetzte.

Figur 9:

Auf mein Ersuchen zeichnete sie den Ablauf der Erregung wie nebenstehend und fügte hinzu: „Je stärker ich aufgeregt werde, desto mehr *fürchte ich zu zerspringen*; ich bekomme schreckliche Angst, werde ganz müde und zerschlagen." Die Müdigkeit nach der Onanie hatte ich lange irrtümlicherweise für ein Zeichen der Befriedigung angesehen, bis ich lernte, die *Art* der Müdigkeit und körperlichen Schlaffheit zu beachten. Sie *erlahmte* schließlich, nachdem sie eine Stunde lang protrahiert hatte, nicht weil die Spannung sich löste, sondern infolge muskulöser und ner-

vöser Ermattung. Die körperliche und psychische Erregung blieb nach wie vor bestehen; so erklärte sich ihre exzessive Masturbation. Wir werden auch bei der chronischen hypochondrischen Neurasthenie der orgastischen Impotenz als Motiv der exzessiven Masturbation begegnen.

Welche Vorstellung hemmte die Befriedigung? Wenn man sie fragte, was sie störe, wußte sie nur anzugeben, daß sie unausgesetzt „hören müsse, ob die Befriedigung schon komme". Der Sinn der Redewendung: „die Befriedigung hören", wurde erst klar, als die Patientin eines Tages hinzufügte, es sei, als hörte sie „jemand" ins Zimmer treten; im Laufe vieler Monate nahm die Gestalt bestimmtere Formen an und schließlich war es immer wieder die Mutter, die, gelegentlich mit halluzinatorischer Schärfe, vorgestellt wurde. Es konnte nicht ermittelt werden, ob der Hemmung des Orgasmus außer den groben Versagungen, die wir früher beschrieben haben, auch noch andere Traumata zugrunde lagen. Die Idee zu „zerspringen" war der Ausdruck der Angst, am Genitale verletzt zu werden, und als solche durch reale Erlebnisse determiniert und mit der Vorstellung: „drohende und strafende Mutter", assoziiert. Sie fürchtete aber nicht nur von der Mutter kastriert zu werden, sondern wünschte auch, von ihr befriedigt zu werden; indem sie mit dem Messer onanierte, bestrafte sich selbst; sie führte die Kastration an sich aus; in den Selbstgesprächen, die sie bei der Onanie führte, spielte sie die strafende und liebende Mutter sowohl wie das Kind, welches erregt ist und die Befriedigung wünscht. Das Messer, das allein sie in hohe Erregung zu bringen vermochte, hatte sie einer Ärztin entwendet, die ihr nahezu vollwertige Mutterimago gewesen war; es hatte die Bedeutung des mütterlichen Penis. Die Patientin hatte die Vorstellung, daß das Glied beim Akte in der Scheide stecken bleibe und daß die Mutter auf diese Weise in den Besitz eines Penis gelangt wäre. „Ich will von der Mutter befriedigt werden", bedeutete in tieferer Schichte: „Ich will, daß mich die Mutter mit dem Penis befriedige, den sie dem Vater abgezwickt hat." Die Verknüpfung dieser Idee mit der Angst, am Genitale verletzt zu werden, beruhte auf einer tieferen, regressiv aktivierten Vorstellung: Als sie im Laufe der Analyse die vaginale Anästhesie beim Koitus teilweise verlor, beschäftigte sie sich unausgesetzt mit der Idee, ob dem Kinde im Mutterleibe etwas geschähe, wenn die Mutter geschlechtlich verkehrt. Sie glaubte nämlich schwanger zu sein und

fürchtete aus diesem Grunde zu verkehren. Die Vorstellung, im Mutterleibe vom Vater koitiert zu werden, war zeitweise völlig bewußt. Da die Mutter im Hause immer die herrschende Persönlichkeit war, der Vater dagegen im ehelichen Kampfe völlig unterlag, eignete sich die Mutter sehr dazu, in der Phantasie der Patientin die Rolle des Mannes zu spielen. Jetzt begreifen wir, warum die Patientin ursprünglich nur bei der Onanie mit dem Messer vaginal erregbar war, beim Koitus dagegen nichts empfand: dort erfuhr sie die Befriedigung gleichzeitig mit der Strafe von der Mutter, hier hatte sie es mit einem realen Manne zu tun, den sie ja entsprechend ihrer aktuellen Libidostruktur ablehnte, der ihr nichts geben konnte, weil die Bedingung der Erregung, die Bestrafung durch den Schmerz, fehlte. Erst als die Analyse die Phantasie auf ihren ursprünglichen Sinn reduzierte, die weibliche Einstellung zum Vater in der Übertragung reaktiviert wurde und die infantile reaktive Fixierung an die Mutter sich teilweise löste, stellte sich die vaginale Empfindlichkeit auch beim Koitus ein. Die Unfähigkeit zur Befriedigung zu gelangen war jetzt der Ausdruck eines tiefen Schuldgefühls der Mutter gegenüber und reiner Kastrationsangst: Befriedigtwerden bedeutete, von der Mutter zur Strafe kastriert werden („ich fürchte zu zerspringen"), und da der Orgasmus einmal die Vertretung der Strafe übernommen hatte, wurde er aus Angst vor Strafe gehemmt.

Wollte man diesen Vorgang dahin deuten, daß die Patientin sich die Befriedigung aus Selbstbestrafungsabsichten nicht gönnte, — eine Deutung, die manche analytische Forscher hier vorziehen würden, — so bliebe eine Reihe von Tatsachen ungeklärt. So z. B. daß sie Angst bekam, wenn sie die Akme erreichte. Die Befriedigung war für sie ein schwer strafbarer Akt. Wenn Selbstbestrafung immer ein „Freibrief für weitere Taten" wäre (Alexander), hätte ja die Patientin, nachdem sie sich so empfindlich gestraft hat, die Lust restlos und ohne Schuldgefühl ausschöpfen können. Dem war aber nicht so; im Gegenteil, sie vermied die Befriedigung aus Schuldgefühl und wegen der Kastrationsangst. Selbst dieser so schwer masochistische Fall zeigt noch das Überwiegen der Strafangst über das Strafbedürfnis und wir sind berechtigt, daraus zwei wesentliche Schlüsse zu ziehen:

*1)* Eine Selbstbestrafung kann den Zweck haben, eine reale Strafe von außen zu vermeiden.

*2)* Schuldgefühl kann mit Strafbedürfnis nicht identisch sein: ein Mensch, der sich schuldig fühlt, kann ebenso eine Strafe herbeiwünschen wie sie fürchten. Das letzte ist z. B. die erste und eigentliche Reaktion auf den Vaterhaß im Ödipus-Komplex. Es müssen wohl spezielle Bedingungen hinzutreten, um die Kastrationsangst in größerem oder geringerem Ausmaße in den Wunsch, kastriert zu werden, zu verwandeln. Die Klinik unseres Falles läßt jedenfalls nur die eine Erklärung der orgastischen Impotenz zu: Kastrationsangst vor der Mutter.

Versuchen wir die mannigfaltigen Tendenzen, die hier die orgastische Impotenz bedingten, und ihre Schichtung übersichtlich darzustellen:

*1)* Belauschung des elterlichen Koitus — genitale Erregung, die sich in masturbatorischen Akten auslebt — Identifizierung mit der Mutter — Wunsch, vom Vater koitiert zu werden.

*2)* Schuldgefühl gegenüber der Mutter wegen Todeswünschen — Trauma anläßlich der sexuellen Spiele: die Mutter wirft ein Messer und ruft ihr „geile Hure" zu: Regression zur oralen Fixierungsstelle und Aktivierung der Mutterleibsphantasie; der Inzestwunsch verdichtet sich mit beiden zur Phantasie, im Mutterleib vom Vater koitiert zu werden („Ich kann nur in der Gebärmutter befriedigt werden"); das Messer, das die Mutter geworfen hat, verschmilzt mit der Vorstellung des väterlichen Gliedes, das als sehr lang und zum Durchbohren geeignet phantasiert wird, und übernimmt später alle libidinösen Werte der Objektliebe, während die Mutter, der sich die Patientin masochistisch hingibt, weil sie gleichzeitig die strafende Gewalt ist, als Liebesobjekt an die Stelle des Vaters tritt. „Ich höre die Befriedigung kommen", bedeutet somit *1)* „Ich höre die Mutter kommen, die allein mich befriedigen kann", und *2)* „Ich höre die Mutter kommen, die mich für meine Untat bestrafen wird"; so erfolgt die genitale Reizung zum Zwecke der Befriedigung und als Strafe zugleich, der Höhepunkt der Befriedigung, der Orgasmus, wird aber so auch zum Höhepunkt der Strafe, zur Kastration, der die Patientin ausweicht.

---

# IV

# Somatische Libidostauung und Angstaffekt[1]

## *a) Allgemeines über Sinn, Tendenz und Quelle des neurotischen Symptoms*

Im Jahre 1895 trennte Freud[2] von der „Neurasthenie" der Autoren einen Symptomenkomplex als „Angstneurose" mit der Begründung ab, daß diese Erkrankung sich von der Neurasthenie durch eine spezifisch verschiedene Ätiologie unterscheide. Sie käme nicht, wie die Neurasthenie, durch sexuellen Abusus, sondern im Gegenteil durch sexuelle Abstinenz, frustrane Erregung oder coitus interruptus zustande. Das zentrale Symptom dieser „Aktualneurose" wäre „freiflottierende" Angst, die sich Freud als unmittelbaren psychischen Ausdruck und Folge der Stauung der somatischen Sexualerregung vorstellte. Das Problem blieb offen, wie sich Libido in Angst „verwandeln" könne, an der kausalen Beziehung zwischen mangelhafter oder fehlender Abfuhr der Sexualerregung

---

1) *Anmerkung nach Abschluß des Manuskripts:* Das vor kurzem erschienene Buch Freuds: „Hemmung, Symptom und Angst" (Internationaler Psychoanalytischer Verlag 1926) enthält wesentliche Korrekturen an der bisherigen Auffassung der neurotischen Angst, ohne daß die Lehre von der Aktualangst fallengelassen würde, die jenen dem Anscheine nach zum Teil widerspricht. Unsere Ausführungen über die neurotische Angst decken sich insoweit mit denen Freuds, als die Kastrationsangst nicht als Folge sondern als eine der wesentlichsten Ursachen der Verdrängung aufgefaßt wird. Auf die neuen Probleme, die in der Arbeit Freuds aufgeworfen werden, und auf etwaige Widersprüche einzugehen, verbietet die Kürze der Zeit, die zur Verarbeitung des Neuen zur Verfügung stand. Unsere Untersuchung erfaßt ja auch eine andere Seite des Angstproblems, die in der Freudschen Untersuchung nicht einbezogen ist, nämlich die Aktualangst.

2) „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen Symptomenkomplex als ‚Angstneurose' abzutrennen." (Ges. Schriften, Bd. I.)

und freiflottierender Angst konnte jedoch nicht gezweifelt werden. Stekel vertrat in der Frage der Angstneurose den gleichen Standpunkt wie bei der Neurasthenie (s. o. S. 35): Es gäbe, meinte er, keine Aktualneurosen, denn es ließen sich auch bei diesen Formen psychischer Erkrankung die typischen psychischen Konflikte (Komplexe) nachweisen. Freud selbst hat nie gemeint, daß die Aktualneurosen nicht auch eine psychische Ätiologie haben könnten, und hat ausdrücklich die Hoffnung ausgesprochen, daß weitere Untersuchungen des Problems eine solche Ätiologie aufweisen würden; es käme nur darauf an zu zeigen, daß die gefundenen Komplexe auch pathogen geworden sind. Mit anderen Worten, die Ätiologie muß spezifisch sein.

Später kamen Jones[1] und Seif[2] auf das Problem der Beziehungen zwischen Angstneurose und Angsthysterie zurück. Jones kam zum Schlusse, daß „die wesentliche Ursache aller Arten von Angstzuständen in einem Mangel an psychischer Befriedigung der Libido (besteht); die Angst stammt aus dem angeborenen Furchtinstinkt und die Übertreibung ihrer Äußerungen ist die abwehrende Antwort auf verdrängte sexuelle Wünsche. In allen Fällen spielen die psychischen Faktoren eine wichtige Rolle, in manchen sogar die einzige. Die physischen Faktoren wirken oft mit, aber sie allein genügen nie, einen Angstzustand hervorzurufen; übrigens enthalten diese Faktoren eine wichtige psychische Seite. Die physischen Faktoren treten allerdings viel mehr hervor in der Angstneurose als in der Angsthysterie. Die Angstneurose darf als einzelnes Symptom der Angsthysterie betrachtet werden, die der weitere Begriff ist". Auch Seif faßte seine Ansicht dahin zusammen, daß die Angst von gestauter Libido herrührt, aber ebenso eine „Schutzmaßregel gegen die verdrängte Sexuallibido wie eine Surrogatsbefriedigung darstellt" und daß die Fähigkeit zur Angst und ihr Mechanismus mit Sexualität nichts zu tun hat.

Fassen wir diese Ansichten zusammen, so lassen sich zwei Anschauungsweisen feststellen: Angst kann Ausdruck verdrängter Libido (Aktualneurose) oder Zeichen ihrer Abwehr (Phobie) oder beides zugleich sein. Das Problem ist nicht einfach und wir werden

1) Die Beziehungen zwischen Angstneurose und Angsthysterie. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, I (1913).

2) Zur Psychopathologie der Angst, ebenda.

viele Tatsachen neu sichten und ordnen müssen, um ihm nähertreten zu können. Eine kurze methodische Betrachtung vermag uns *in medias res* zu führen.

Die Methode der Psychoanalyse, aus den Zusammenhängen zwischen Symptom und Persönlichkeitserleben auf den latenten Sinn und den geheimen Zweck des bei oberflächlicher Betrachtung sinnlos erscheinenden Symptoms zu schließen, erlaubt es noch nicht, daraus Schlüsse auf die Quelle zu ziehen, aus der das Symptom seine Energie bezieht. Ein Symptom kann, muß aber nicht schwinden, wenn sein geheimer Sinn und Zweck bewußt wurde; es kann erst dann endgültig aufgehoben werden, wenn ihm die Energiequelle entzogen wurde. Nur das kann kausale Therapie genannt werden. An jedem neurotischen Symptom sind demnach zu unterscheiden:

*a)* Sein psychischer Sinn: Darunter verstehen wir — auf die einfachste Formel gebracht — diejenigen verdrängten Vorstellungen, Erlebnisse, Wünsche, Befriedigungen, selbstbestrafenden Handlungen usw., die in ihm zu verstellter Darstellung gelangen. Diese psychischen Inhalte wären aber nicht imstande, das Symptom herzustellen, wenn sie nicht „affektbesetzt" wären, d. h. mit gestauten Triebenergien in Verbindung stünden. Unter den verdrängten Vorstellungen, die man bei der Analyse eines Symptoms als sinnvolle Bestandteile vorfindet, sind die meisten sekundär hinzugekommen, nachdem das Symptom bereits hergestellt war. Das zeigt sich nur beim Vergleich des Querschnittes mit der Entwicklung des Symptoms. Da Stekel und seine Anhänger weder die Libidotheorie akzeptieren, noch sich um die infantile Wurzel des Symptoms kümmern, ist es begreiflich, daß sie in ihren Arbeiten ständig Sinn und Ätiologie (Quelle) des Symptoms verwechseln und daher auch keine spezifischen Mechanismen aufzuzeigen vermögen, bei allen seelischen Erkrankungen immer wieder nur die bereits bekannten „Komplexe" finden und daraus die Erkrankung „erklären", ohne sich um den Einwand zu kümmern, daß es auf die Art der Konfliktlösung und auf die spezifisch verschiedenen Wechselwirkungen zwischen Trieben und Erlebnissen ankomme.

*b)* Sein Zweck: Darunter ist, abgesehen von den ökonomischen Zwecken, denen das Symptom dient (Libidoabfuhr, Entlastung vom Schuldgefühl usw.), vornehmlich der sogenannte „sekundäre Krankheitsgewinn" zu verstehen,

der in jeder Neurose mehr oder weniger ausgesprochen das Bild beherrscht. Nachdem die Neurose als ein Resultat pathologischer Konfliktlösung entstanden ist, bedient sich der Kranke ihrer zur Erreichung bestimmter Ziele, die ausnahmslos innige Beziehungen zu den Ursachen der Neurose haben. Diese Tendenz des Symptoms ist Folge, niemals primäre Ursache der Neurose; sie kompliziert und verschärft allerdings sekundär den neurotischen Konflikt und pflegt in vielen Fällen die primären Ursachen des Konfliktes völlig zu verdecken. Die ausschließlich final orientierte „Individualpsychologie" Adlers erblickt in diesen Tendenzen des neurotischen Willens und in den „fiktiven Zielen", denen er zustrebt, das Wesentliche der Neurose und kümmert sich nicht um die Ursachen, die neben den aus ihnen ja hervorgegangenen Zielen das eigentliche Gebiet der klinischen Psychoanalyse Freuds darstellen.

*c)* Fragen wir uns nach der Natur der eigentlichen Ursachen einer Neurose, so sind wir genötigt, über das nur durch die Affektbetontheit wichtig gewordene Erlebnis und über die sekundär hinzugekommenen Ziele der Neurose bis an den Rand des psychologisch noch faßbaren Triebgeschehens zu gehen, das biologischen Gesetzen unterliegt und vor allem an physiologischen Vorgängen verankert ist, die sich im innersekretorischen Apparat und in dem an ihn gekoppelten Nervensystem abspielen. Diese Beziehungen sind bisher für den Sexualtrieb sichergestellt, so daß die Freudsche Definition des Triebes, er sei ein „Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischen", vor allem für den Sexualtrieb volle Berechtigung hat, während über die Beziehungen der zweiten Triebgruppe, der Destruktionstriebe, zum Somatischen so gut wie nichts Sicheres vorliegt. Als Triebpsychologie hat die Psychoanalyse schon auf Grund jener Definition engste Beziehungen zur Biologie und auf Grund ihrer Neurosenlehre solche zur Physiologie der Neurosen.

Als Quelle eines Symptoms kommen also biologische Triebenergien in Betracht, die sich an somatischen, wahrscheinlich biochemischen Vorgängen (innere Sekretion) immer aufs neue entfachen, psychisch als Triebdrang oder Affekt zum Vorschein kommen und sich als solche an Vorstellungen und Erlebnisse knüpfen. Von den vier Merkmalen des Triebes, die Freud unterschied, entsprechen Quelle und Drang des Triebes der biologisch-physiologischen, das Triebziel und das Triebobjekt der psychologischen Seite des Begriffes. Das stimmt für den Drang

und das Triebziel nur im gröbsten, denn der Drang eines Triebes wird psychisch als Unlust wahrgenommen, wenn die Befriedigung nicht erfolgt; das äußert sich aber zunächst in körperlicher Spannung. Die Befreiung von der unlustvollen Spannung macht dann die Befriedigung aus, die im Bereiche der Sexualtriebe als spezifisches Lustempfinden erlebt wird. Diese Richtung des (Sexual-) Triebes von der Unlust hin zur Lust macht das regulative Lust-Unlust-Prinzip aus, das, wie Freud fand, die neurotische sowohl wie die infantile Psyche und die des Primitiven hauptsächlich regiert. Die supponierte biologische Funktion des Keimplasmas, die Erhaltung der Art, ist durch die „Lustprämie" gesichert (Freud), die hauptsächlich an den Genitalapparat gebunden ist. Macht man sich klar, daß das Lustprinzip ein biologisches, das „Realitätsprinzip" (Freud) ein soziales Triebregulativ ist und daß dieses den neurotischen Konflikt hervorruft, so läßt sich die Neurose auf die einfachste Formel bringen als Konflikt zwischen Keimplasma (Sexualtrieb, Lustprinzip, Lust-Ich) und einschränkender Außenwelt (Moral, Realitätsprinzip, Über-Ich als Vertreter der Außenwelt im Ich). Und nichts vermag die Richtigkeit dieser Formel besser zu beweisen als die Tatsache, daß die Potenzstörung ein typisches Symptom jeder Neurose ist. Welche Beziehung besteht nun zwischen der Störung der Genitalfunktion und dem neurotischen Prozeß?

Das ist für die Psychoneurose nicht schwer zu beantworten. Auf welcher Stufe der seelischen Entwicklung immer der neurotische Konflikt einsetzen mag, die Verdrängung erfaßt, gleichgültig ob primär oder sekundär, immer auch die genitalen Strebungen, sperrt sie von der Motorik mehr oder minder ab, oder sie begnügt sich mit deren Spaltung in Zärtlichkeit und Sinnlichkeit, oder sie bedient sich jener verschiedenartigen funktionshemmenden Mechanismen, die wir bei den einzelnen Neurosenformen finden. Die Hemmung der genitalen Funktion bringt wieder eine somatische Libidostauung mit sich, die sich zur psychischen hinzufügt und so den neurotischen Konflikt sekundär beträchtlich verschärft, festigt und kompliziert. Man überzeugt sich, daß der seelische Konflikt, der ursprünglich nichts Pathologisches an sich zu haben braucht, zu einem neurotischen mit allen seinen Konsequenzen erst dann wird, wenn die somatische Libidostauung hinzukommt, d. h. sobald die Energiequelle für die Symptombildung geschaffen wird. Die Verdrängung einer Triebregung macht noch keine Symptome; diese

entstehen, nachdem es der Triebregung gelungen ist, die Verdrängung von Seiten des abwehrenden Ichs zu durchbrechen, was man in erster Linie der gestauten Energie des Triebes zuschreiben muß. Die körperlichen Spannungen und Sensationen aus dem Bereiche der Neurasthenie, Angstneurose oder Hypochondrie fehlen niemals im Beginne einer neurotischen Erkrankung und sind unmittelbarer Ausdruck der somatischen Libidostauung. Dazu stimmt ferner, daß sich zwischen die Verdrängung und die Symptombildung stets ein je nach der Störung der Genitalfunktion mehr oder weniger langes Zeitintervall einschiebt. Das sieht man z. B. besonders deutlich bei der Erythrophobie: Der Kranke kämpft monate- oder jahrelang gegen die Onanie an, schließlich gelingt es ihm, sie völlig zu unterdrücken. Die Gesellschaftsscheu, die schon vorher bestand, verringert sich zunächst und verstärkt sich erst wieder bedeutend, nachdem sich Wochen oder Monate später bei gewöhnlich banalen Anlässen das Erröten zum ersten Male mit allen aktualneurotischen Begleiterscheinungen gezeigt hat.

Ehe wir auf die feineren ursächlichen Beziehungen zwischen der Psychoneurose und dem nie fehlenden aktualneurotischen Kern eingehen, wenden wir uns dem Problem der Aktualangst zu.

### *b) Angst und vasovegetatives System*

Die Symptomatologie der Angstneurose Freuds deckt sich im wesentlichen mit der der vasomotorischen Neurose. Die typischen Symptome beider Erkrankungen sind: Herzbeschwerden (Asystolie, Tachykardie, Arrhythmien, Extrasystolen usw.), Schweißausbrüche, Hitze- und Kälteempfindungen, Zittern, Schwindel, Diarrhöen, gelegentlich vermehrter Speichelfluß. Es verdient besondere Beachtung, daß diese Symptome in der Analyse in dem einen Falle einen verborgenen psychischen Sinn und Zweck aufweisen, in einem anderen, wenn man nicht um jeden Preis und gewaltsam psychische Inhalte unterschiebt, einen solchen völlig vermissen lassen und bloß Ausdruck einer allgemeinen, psychologisch nicht faßbaren körperlichen nnd seelischen Übererregtheit sind. Wo sie auch einen psychischen Sinn haben, folgen die Symptome völlig den Gesetzmäßigkeiten, denen die Konversionshysterie unterworfen ist. So hat das Erröten bei der Erythrophobie den Sinn der sozialen Scham

und unbewußt den der Exhibition des erigierten Penis, dessen Vertreter der Kopf geworden ist.

Halten wir uns an unsere Einteilung: Sinn, Zweck und Quelle des Symptoms, so ergeben sich sowohl Unterschiede wie auch Gemeinsamkeiten zwischen der vasomotorischen Neurose mit hysterischen Mechanismen und derjenigen ohne solche. Gemeinsam sind beiden die Organe, an denen die pathologischen Erscheinungen auftreten. Es hat vorläufig nichts zu sagen, daß diese Organe dem sympathisch-parasympathischen Nervensystem unterworfen sind, denn es könnte bei minimaler somatischer Disposition ein heftiger psychischer Konflikt durch Verdrängung affektbetonter Vorstellungen und durch Absperrung der normalen Energieabfuhr die Energiebeträge diesem System zuführen, dadurch seine pathogene Kraft erhöhen und so dieselben Symptome in Erscheinung setzen, die ein anderes Mal an demselben System auf Grund anderer ätiologischer Vorgänge auftreten. Die Wahl dieses somatischen Systems ließe sich aus einer (zu supponierenden) Disposition („somatisches Entgegenkommen", Freud) mit einiger Nachsicht wissenschaftlicher Korrektheit, da wir über die Natur einer solchen Disposition nichts wissen, erklären. Wir wollen bloß festhalten, daß bei der hysterischen Vasoneurose genitale Energien dem vaso-vegetativen Nervensystem zugeführt werden. Das Erröten kann einen genitalen Exhibitionsakt, das Zittern des Kopfes die Onanie oder die Kastration darstellen; Hitzegefühle entpuppen sich in der Analyse überaus häufig als Ausdruck einer somatischen genitalen Erregtheit, die nicht bewußt werden darf; die Diarrhöe kann Ausdruck von Angst oder sexueller Erregung sein. Bei manchen Impotenten, die beim Koitusversuch keine Erektion bekommen, tritt abundante Schweißabsonderung auf und die Analyse der Phantasien und Träume weist Mutterleibswünsche, beziehungsweise eine Identifizierung des Körpers mit dem Penis nach; die Vasodilatatoren funktionierten statt am Gliede an der übrigen Haut, wodurch der Schweißausbruch zustande kam.

Hat nun z. B. die psychische Identifizierung den Schweißausbruch verursacht? Hat etwa der unbewußte Wunsch, ganz in den Mutterleib zurückzukehren, die Erektion der Haut — *sit venia verbo* — bewirkt? Das kann gewiß nicht der Fall sein. Es ist nur denkbar, daß die somatische Erregung, die den Koituswunsch begleitete, die Vasodilatatoren der Haut erfaßte, da sie zum Genitale infolge seelischer Hemmung oder

Angst nicht zugelassen wurde. Die infolge einer Hemmung aufgehaltene Erregung wurde dann durch den Vorstellungsinhalt, den wir bei der Analyse des Symptoms finden, auf erogen und psychisch geeignete Organe gelenkt. Das gleiche gilt für die Hitzeempfindungen; diese werden zunächst durch die Sexualerregung hervorgerufen und mit sexuellen Vorstellungen erfüllt, mag die Sexualerregung als solche wahrgenommen werden oder nicht. Da Hitzeempfindungen auch die normale Sexualerregung begleiten, kann der physiologische Vorgang nicht als Konversionssymptom gewertet werden. Pathologisch ist bloß das Nichtwahrnehmen der genitalen Sensation. Manche hysterische Patienten produzieren an Stelle von Sexualerregung oder Angst Kältezittern.

Eine Patientin, die in den Sitzungen häufig genital erregt war, wurde von Kältezittern befallen, so oft sie vom Arzt eine Versagung erfuhr. Der psychische Sinn des Kältezitterns war der vorbewußte Wunsch, vom Arzt wie von einer Mutter gewärmt zu werden, doch konnte er sich in dieser Form erst äußern, nachdem die Patientin an Stelle ihrer libidinösen Erregung Angst produzierte, die ebenfalls das vegetative System der Haut im Sinne des Angstaffektes erregte.

Die Symptome der vasomotorischen Neurose können als Ausdruck einer Irritation des vegetativen Nervensystems aus verschiedenen Gründen zustandekommen. Beim Basedow wird dieses System durch eine Dysfunktion der Thyrioidea irritiert. Im Augenblicke einer realen Gefahr treten die gleichen Symptome als Ausdruck und Begleiterscheinungen des Schrecks auf; ob sie mittelbare oder unmittelbare Folgen der Angst sind, welcher Energien und Mittel sich die Angst dabei bedient, ist ein kompliziertes Problem, zu dessen Klärung die Analyse der Phobien manches beizutragen vermag. Doch wir schlagen vor, zunächst ein einfacheres Phänomen, z. B. die Erscheinungen der Nikotinintoxikation, zum Ausgangspunkte unserer Untersuchung zu machen.

Die Selbstbeobachtung ergibt hierbei, daß sich als erstes Anzeichen der Nikotinvergiftung eine Tachykardie einstellt; eine kurze Asystolie bildet den Übergang zur Tachykardie. Im Augenblicke, in dem der Herzschlag aussetzt, tritt Angst auf; später kommen Schwindel, Übelkeit und Schweißausbruch hinzu. Die Angst, die ursprünglich keinen Inhalt hatte, tritt allmählich mit der Furcht, sterben zu müssen, in Verbindung; dieser liegt der rationale Gedanke zugrunde, daß Nikotinabusus Coronar-

arteriensklerose und dadurch frühzeitigen Tod bedingen kann. Bei länger dauernder und stärker werdender Tachykardie verstärkt sich auch die Sterbensangst, sie wird dadurch aktuell und intensiviert ihrerseits sekundär die vasomotorischen Erscheinungen am Herzen. Die Reihenfolge im Auftreten der Symptome entspricht völlig der einen Richtung der ursächlichen Beziehungen: Die Nikotinintoxikation erfaßt das vegetative Nervensystem, diese Irritation bedingt vor allem die Tachykardie, später auch Allgemeinerscheinungen; die Tachykardie ist von Angst ohne Inhalt begleitet, die sich sekundär mit der Todesfurcht verbindet. Für unser Problem der aktualneurotischen Angst ist vorläufig nur die Koppelung der Herzarrhythmie und der Tachykardie mit freiflottierender Angst von Interesse. Es bedarf einer kleinen Korrektur an der bisherigen Auffassung der Genese der Aktualangst. Die Auffassung, daß die vasomotorischen Symptome der Angstneurose Freuds nur Angstäquivalente seien, kann zugunsten der anderen aufgegeben werden, daß die freiflottierende Angst eine Begleiterscheinung einer bestimmten Form vegetativer Irritation der Herztätigkeit ist. Denken wir uns ferner an die Stelle des Nikotins somatische Sexualstoffe, die nicht in physiologisch korrekter Weise abgebaut wurden, so sehen wir die Ätiologie der Aktualangst klar vor uns: Die Libidostauung bedingt eine Irritation des vaso-vegetativen Systems in Form der Herzneurose, die immer im Zentrum der angstneurotischen Symptomatologie steht; die Angst geht wie bei der Nikotinvergiftung, beim Basedow, bei der Angina pectoris unmittelbar aus der Irritation der Herztätigkeit hervor und das Problem der Verwandlung von Libido in Angst fällt weg. Wie das Nikotin bei der Nikotinvergiftung, so wäre bei der Angstneurose die Libidostauung als mittelbare Ursache der Angst anzusehen.

Wir halten vorläufig fest, daß die Angst das eine Mal Folge, das andere Mal Ursache vasomotorischer Erscheinungen sein kann, wie z. B. beim Schreck, und haben nun die Aufgabe, einerseits die Beziehungen zwischen vegetativ bedingter Herzirritation und Angst, anderseits die zwischen Libido und vegetativem Nervensystem soweit möglich zu klären, beziehungsweise als Probleme zu formulieren.[1]

1) Wir vernachlässigen dabei die Angst, welche gelegentlich statt am Herzen am Magen empfunden wird.

Die Autoren der Angina pectoris sind ziemlich einig in der Auffassung, daß Irritationen der Reizleitung, die Extrasystolen, Tachykardie, Asystolie usw. hervorrufen, von einem mehr oder minder ausgesprochenen Gefühl der Angst begleitet sind. Brissaud[1] meint, daß „allen Empfindungen seitens des Herzens ein eigentümliches Gefühl der Lebensgefahr innewohnt". Rothberger schreibt: „Das Gefühl des bevorstehenden Todes (bei der Angina pectoris) darf nicht einfach als Folge des Schmerzes aufgefaßt werden, sondern ist eine vom Zustand des Herzens bedingte spezifische Empfindung, sonst müßte es sich auch finden, wenn aus anderen Gründen starke Schmerzen in peripheren Gebieten auftreten. Wenn die Kranken die Schmerzen bei Angina pectoris auch nicht richtig lokalisieren, so empfinden sie doch die Art des Schmerzes ganz anders als Schmerzen in der Haut oder in den Muskeln." Lutembacher fand, daß Angst schon bei leichter Distension des Herzens auftritt. Braun charakterisiert die Beziehungen zwischen der Angst und den Herzerscheinungen wie folgt: „Am Herzen zeigt sich ein spezifisches Empfindungsvermögen (phylogenetisch) als Angstempfindung sowohl beim kranken wie am gesunden Herzen; ja, man kann sagen, daß man an sein Herz überhaupt nicht denken kann, ohne im Herzen schon etwas zu empfinden, was sich als Angst definieren läßt. Bei allen Graden von Angst besteht ein bestimmtes, mit dem Grade der Angst wachsendes, tiefes, bangendes, beengendes, beklemmendes, dumpfes Gefühl am Herzen, ein Wehgefühl, das sich bei höchsten Graden der Angst mit dem Gefühl des Vergehens verbindet", es sei ein Gefühl des Versagens und der „Hilflosigkeit des biologischen Ich".

Was die Ursachen der Herzaffektionen anbelangt, die nicht bakteriell oder mechanisch bedingt sind, gehen die Ansichten der Physiologen im Detail zwar auseinander, treffen sich aber in der Auffassung, daß sie in Störungen der Funktionen des vegetativen Nervensystems zu suchen sind, die ihrerseits durch Störungen der inneren Sekretion verursacht werden.[1] Diese Auffassung hat wichtige Beziehungen zur psychoanalytischen Libidotheorie, die ja ebenfalls mit den Störungen der inneren Sekretion als somatischer Grundlage der Neurose rechnet.

1) Sämtliche Zitate nach Dimitrenko: Das Problem der Angina pectoris (Sammelréferat), Deutsche Medizinische Wochenschrift, 9/1926.

Mit der Einführung der somatischen Libidostauung als einer der Ursachen einer Störung der vasovegetativen Funktion wird eine Lücke in der Physiologie ausgefüllt, die bisher von physiologischer Seite nicht einmal als Problem erfaßt wurde, trotz der vielen Anregungen, die Freud mit seiner Lehre von der Aktualneurose gegeben hat. So wird z. B. in L. Brauns Arbeit über „Psychogene Störungen der Herztätigkeit“[1] der Name Freuds beiläufig in einer Fußnote angeführt und seine so bedeutungsvolle Entdeckung der somatischen Folgen der Sexualstörung nicht erwähnt. Und doch führt jeder Schritt vorwärts auf diesem Gebiete unausweichlich zum Problem der Sexualität.

Was vermag nun die Psychoanalyse zum Problem der Beziehungen der Sexualität zum vegetativen Nervensystem beizutragen? Wir gehen aus von den Erscheinungen bei der Sexualerregung, beim Koitus und beim Orgasmus.

### *c) Sexualerregung und autonomes Nervensystem*

Genitale Erregung und sexuelle Erwartungslust zeitigen am Herzen und am übrigen vasomotorischen System dieselben Erscheinungen wie der Angstaffekt. Das kann für das Verständnis des Zusammenhanges zwischen Libido und Angst gewiß nicht gleichgültig sein.

Betrachten wir die vasomotorischen Erscheinungen im Zustande sexueller Erregtheit, so fallen vor allem das Herzklopfen und das Hitzegefühl im Körper auf, wobei das Gefühl der Erwartungslust und das der Erwartungsangst miteinander verwoben sind. Der Herzschlag wird beschleunigt ebenso bei der Vorstellung einer kommenden Gefahr wie bei der einer zu erwartenden Sexuallust. Beiden liegt die gleiche spezifische Empfindung am Herzen zugrunde. Es ist, als ob die lebhafte Vorstellung einer Situation, bei der dem vegetativen Nervensystem eine wichtige Rolle zufällt, den Vagus und Sympathicus zu einer Probefunktion anregte. Die genaue Beobachtung dieses Vorganges, der beliebig oft auf dem Wege der Vorstellung ausgelöst werden kann, zeigt, daß der Pulsbeschleunigung eine ganz kurz dauernde Herzdilatation vorangeht. Die speziell am Herzen lokalisierten kinästhetischen Empfindungen, die die Sexualität begleiten, liegen auch manchen Redewendungen zu-

1) „Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome“. Wien 1926.

grunde, wie z. B. daß „die Liebe im Herzen wohne“, daß man „sein Herz verliere“, daß eine Frau ein „weites Herz“ besitze, d. h. leicht zugänglich sei usw. Dazu kommt die Tatsache, daß das Herz in Symptomen und Träumen sehr häufig die Bedeutung des Genitales hat. Bei einer Patientin war das rhythmische Klopfen der erregten Klitoris direkt mit dem Herzklopfen assoziiert: Während sie sexuell phantasierte, drückte sie beide Hände in der gleichen Weise ans Herz, wie sie sie vor der Verdrängung des Onaniewunsches an die Klitoris gedrückt hatte.

Wir sehen ferner, daß die wichtigsten automatischen Funktionen bei den vorbereitenden Sexualakten vom vasovegetativen System bestritten werden, so die Vasodilatation bei der Erektion, die Sekretion der Bartolinischen Drüsen beim Weibe und die allgemeine Durchblutung der Genitalien. Man kann nun sagen, daß die Sexualerregung bei der Erwartungslust (analog wie bei der Erwartungsangst) zunächst das kardiale System auf dem Wege vegetativer Innervation erfaßt, sich aber im weiteren Verlaufe, sofern keine Hemmungen vorliegen, auf das genitale Organsystem verschiebt und dadurch das kardiale entlastet.[1]

Welches ist nun das weitere Schicksal der Sexualerregung, die sich zuerst hauptsächlich im Bereiche des vaso-vegetativen Systems auswirkt?

Im Beginne des Sexualaktes konzentriert sich die Erregung immer mehr auf den Genitalapparat, wird von hier aus auf sensiblen Bahnen als Lustempfindung wahrgenommen und steigert sich zur Akme. Wir können also sagen, daß sich während des Sexualaktes die Erregung immer mehr vom vegetativen auf das sensible Nervensystem überträgt und schließlich vom Augenblick der Akme an auch das motorische Nervensystem und die Muskulatur erfaßt. Diese Überleitung bedeutet Entlastung des vegetativen Nervensystems und Erledigung der Sexualerregung im sensomotorischen System. Die Überleitung vom sensiblen auf das motorische System und das Verebben der Erregung im ganzen Körper wird als Befriedigung erlebt.

---

1) Die Pulsbeschleunigung während des Sexualaktes ist nur zum Teil Ausdruck der Erregung des vegetativen Systems, zum größeren Teil ist sie durch die motorische Aktion bedingt. — Daß es eine Angstpollution gibt, zeigt deutlich, wie innig der Zusammenhang zwischen der vegetativ bedingten Erregung des Gefäßsystems und der des Genitalapparates ist.

Diese Darstellung stützt sich auf die phänomenologisch wahrnehmbaren Erscheinungen am vasovegetativen und sensomotorischen System vor, während und nach dem Akte. Sie stimmt in den Grundzügen mit der Darstellung der Physiologie des Orgasmus überein, die Müller gibt.[1] Nach Müller springt die Erregung von der glatten Muskulatur des Genitalapparates (des Samenstrangs und der Prostata) auch auf die quergestreifte (Mm. bulbo- und ischiocavernosi, übrige Beckenbodenmuskulatur) über und erfaßt auch die übrige quergestreifte Muskulatur, besonders die Strecker der Beine. (Nachgewiesen durch Experimente an einem Hunde.)

Dieser Autor nimmt ferner an, daß „mit dem Auftreten des Orgasmus die Erregung (von der glatten Muskulatur des Genitalapparates) auch auf das übrige vegetative Nervensystem" überspringt. Auch das bestätigt unsere Auffassung, daß der Orgasmus einer Veränderung in der Konzentration der Erregung am vegetativen System entspricht. Nur muß man hinzufügen, daß die Erregung sich auf dem Wege über das sensomotorische System umsetzt. Wir hätten somit folgende Phasen zu unterscheiden:

*1)* Spannungslose Speicherung der Sexualenergie im vegetativen System.

*2)* Spontane oder willkürliche Konzentration der Libido auf den Genitalapparat (sexuelle Spannung und vasomotorische Erscheinungen).

*3)* Fortschreitende Überleitung ins sensorische System (Vorlust; I. und II. in unserem Schema, Figur 5, S. 22).

*4)* Überleitung ins motorische System (Aufstieg zur Akme — Endlust; III. und IV. in Figur 5).

*5)* Rückströmen ins vegetative System, Zustand wie bei 1 (V. im Schema): Das Genitale und der übrige sensorische Apparat sind entlastet, die Muskulatur ist entspannt.

Unter „Orgasmus" verstehen wir die unter 4 und 5 beschriebenen Vorgänge. Die Befriedigung ist dementsprechend um so vollkommener,

*1)* je mehr Libido auf das Genitale konzentriert wurde;

*2)* je vollständiger, d. h. je ungestörter die Erregung im vegetativen Apparat wieder verebbt.

---

1) Müller: Das vegetative Nervensystem (Springer, 1920).

Jetzt verstehen wir besser, worauf die Angstneurose Freuds beruht: Wird der Sexualerregung durch irgendeine Hemmung die Überleitung zum sensomotorischen Nervensystem und zum Genitale verwehrt, so verbleibt die Erregung gespannt im vasovegetativen System und produziert alle Erscheinungen, die die vasomotorische Neurose kennzeichnen. Das ist am ausgesprochensten der Fall bei totaler Abstinenz infolge seelischer Hemmungen, wenn nicht einmal die genitale Sensibilität funktioniert, ferner bei frustraner Erregung, wenn nur die Überleitung auf das sensible, nicht aber die wichtigere auf das motorische System erfolgt.

Bei Fällen mit coitus interruptus trifft man meiner Erfahrung nach weit häufiger akute neurasthenische als angstneurotische Symptome an. Das erklärt sich daraus, daß beim coitus interruptus die Erledigung im Motorischen zwar erfolgt, aber der Reizablauf durch die Unterbrechung des Aktes grob gestört wird, so daß einerseits unerledigte genitale Erregung sensibler Natur die typischen neurasthenischen Erscheinungen erzeugt, anderseits ein mehr oder minder großer Betrag an sexueller Erregung im vegetativen Nervensystem verbleibt und sich teils am kardialen System, teils in den Störungen anderer autonom innervierter Organe (z. B. des Darmes) auswirkt. Von der Ätiologie der Angstneurose zu der der Neurasthenie gibt es somit Übergänge, die eine scharfe Trennung nicht zulassen. Es kann nur allgemein gesagt werden, daß die akute Neurasthenie um so mehr hervortritt, je weiter auf dem Wege zur motorischen Entladung der Erregungsablauf gestört wird; je entfernter davon die Erregung im Ablauf behindert wird, d. h. je weniger das vasovegetative Nervensystem entlastet wird, desto intensiver werden die Symptome der vasomotorischen Neurose und die Aktualangst. Mit einer größeren oder geringeren Belastung des vegetativen Systems („Nervosität") ist bei allen Neurosen zu rechnen.

In seiner ersten Publikation über die Angstneurose stützte sich Freud auf den Tatbestand, „daß in ganzen Reihen von Fällen die Angstneurose mit der deutlichsten Verminderung der sexuellen Libido, der psychischen Lust, einhergeht", und folgerte daraus, daß „der Mechanismus der Angstneurose ... in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Erregung zu suchen"

sei. Diese „Ablenkung vom Psychischen" kann nur durch eine Verdrängung der Wahrnehmung der genitalen Sensationen zustande kommen; sie bedeutet somatisch nichts anderes, als Aufhalten der Überleitung vom vegetativen ins sensomotorische System; dabei fällt dem Bewußtsein (dem System *Bw* Freuds) offenbar eine wichtige Rolle zu. Das Bewußtsein beherrscht nach Freud den Zugang zur Motilität. Das Bewußtwerden der Sexualerregung, d. h. des psychischen Anteiles der Libido, der als Sexualwunsch zum Ausdruck kommt, ist eine notwendige Vorbedingung des Empfindlichwerdens der Sexualorgane; dieses entspricht bereits einer partiellen Überleitung der Erregung ins Sensorische (Lustempfindung), und wir sehen in der Tat in den Analysen, daß die Angst ansteigt, sobald auch die Wahrnehmung der genitalen Erregung verdrängt wird, und daß sie nachläßt, wenn diese geduldet wird. Kommt es nicht zur orgastisch-motorischen Befriedigung, wird die Sexualerregung auch nicht in psychoneurotischen Symptomen gebunden, so erfolgt gewöhnlich eine neuerliche Absperrung der genitalen Sensibilität und die Angst stellt sich samt den vasomotorischen Erscheinungen wieder ein. Freilich ist diese Angst nicht mehr reine Stauungsangst, sondern sie bekommt auch den Sinn der „Angst" des Ichs von seinen sexuellen Bedürfnissen. Doch nimmt mit dem Grade der Nichtwahrnehmung (Verdrängung) der Sexualerregung die Sensibilität des Genitales ab und die Rückstauung der Erregung ins autonome Nervensystem zu; diese somatischen Vorgänge sind meist durch psychische Hemmungen, z. B. durch Angst vor dem Koitus, bedingt.

Die Sexualbefriedigung im Orgasmus bedeutet nicht bloß eine Umsetzung nervöser Erregung, sondern was für den Gesamtorganismus wesentlicher ist, auch eine physiochemische Auffrischung der übrigen vegetativen Funktionen. Hier harrt der physiologischen Chemie eine Fülle hoffnungsvoller Arbeit. Ich erwähne bloß das körperliche Erblühen der sexuell befriedigten Frau und dessen Gegensatz, das frühzeitige körperliche Welken der viel verspotteten „alten Jungfrau", die nicht älter zu sein braucht als ihre glücklichere Geschlechtsgenossin. Das gleiche gilt für den Mann. Die sogenannte „Bleichsucht" des Mädchens nach der Pubertät dürfte ebenfalls hierher gehören. Es ist ferner auffallend, daß die Anamnese bei allen Frauen, die an schweren klimakterischen Beschwerden leiden, unglückliche Ehe und dauernde Frigidität, jahrelange

Abstinenz infolge Witwentums oder totale genitale Abstinenz wegen Unverheiratetseins ergibt, während Frauen, die in glücklichen Ehen leben und an Libidostauungen nicht zu leiden hatten, das Klimakterium im allgemeinen ohne besondere Beschwerden überstehen.

Daß es sich dabei nicht zuletzt um biologische Rhythmen handelt und daß die Neurosen Störungen dieser Rhythmen sind, zeigt die Wirkung des Frühlings auf die sexuelle Bereitschaft, beziehungsweise sein Einfluß auf die Suicidstatistik und das Anschwellen der Neurosen.

### *d) Die psychische Ätiologie der Aktualneurose*

#### Aus der Analyse einer vasomotorischen Neurose

Eine sechsundzwanzigjährige Frau suchte die Analyse wegen allabendlich auftretender Angstzustände, Herzklopfen, Zittern, Hitzegefühlen und Tränen der Augen auf. Ihre Frigidität empfand sie nicht als krankhaft, im Gegenteil, sie haßte den Geschlechtsakt, er war ihr ein Greuel, weil er tierisch und schmutzig sei und ihr überdies Schmerzen verursachte. Die als krankhaft eingesehenen Symptome waren vier Jahre vorher aufgetreten; am stärksten wurden sie um die neunte Abendstunde. Besonders heftig pflegte die Angst zu werden, wenn sie aus dem Benehmen des Gatten schließen mußte, daß er geschlechtlich verkehren wollte. Sie gab in der ersten Aussprache selbst zu, daß sie die Symptome auch ausnützte, indem sie, auch wenn es den Tatsachen nicht entsprach, sich schwer leidend stellte, um nur der „ehelichen Pflicht" auszuweichen.

Die Diagnose einer reinen Angstneurose war schon mit Rücksicht darauf nicht zu stellen, daß die Angstzustände, obgleich ohne bestimmten Inhalt („freiflottierend"), sich in stets gleicher Weise gegen neun Uhr abends einstellten und der Charakter der Patientin (männliches Gehaben, forciert tiefe Stimme, trockene Unbefangenheit usw.) auf eine zwangsneurotische Basis schließen ließ. Einige Monate nach dem Beginn der Analyse stellte es sich auch heraus, daß die Angst auch den Charakter unbestimmter Erwartungsangst hatte („als müßte sich etwas Böses ereignen").

Die Analyse ergab sehr bald den Anlaß, der die Neurose ausgelöst hatte. Sie wurde von ihrem Gatten, der in schlechten materiellen Verhältnissen lebte, gezwungen, die Schwangerschaft zu unterbrechen; das konnte sie ihm nicht verzeihen und haßte ihn von da ab, während sie ihn vorher nur gering geschätzt hatte. Der Abortus hatte zweifach als Schock gewirkt: er bedeutete den Verlust des Kindes und, was weit wesentlicher war, einen blutigen Eingriff am Genitale. Die Enttäuschung, die ihr die Versagung des Kindes bereitet hatte, stand im Widerspruch zu ihrem männlichen Wesen

und zu ihrem Verhalten während der zweiten Schwangerschaft zur Zeit der Analyse. Entsprechend ihrem männlichen Wesen hatte sie sich einen femininen Mann zum Gatten gewählt, den sie beherrschen und ihrem Zwangscharakter zufolge quälen konnte. Daß er es sich gefallen ließ, empörte sie besonders und stachelte sie zu verschärfter Quälerei an. Dieses widerspruchsvolle Verhalten erklärte sich daraus, daß sie in ihren Phantasien als liebendes Weib auftrat, das von einem starken und besonders rohen Mann geliebt wurde. Die Analyse dieser Phantasie ermöglichte ein ungewöhnlich rasches Vordringen zu den Erlebnissen der frühen Kindheit, die Stück um Stück erinnert wurden.

Im dritten Monat der Analyse, nachdem die aktuellen Konflikte mit dem Gatten in den Grundzügen besprochen waren, ohne daß die Symptome nachgelassen hätten (jeder Übertragungserfolg wurde sofort als solcher entlarvt und zerstört), erinnerte sie viele Details einer Angsthysterie aus der Zeit zwischen dem dritten und dem siebenten Lebensjahre. Sie hatte Angst vor dunklen Räumen und vor Einbrechern gehabt. Die Ehe der Eltern war sehr schlecht gewesen; der Vater war Trinker und ein Rohling, der Frau und Kinder tyrannisierte und prügelte.

Sie hatte als Kind zuerst nicht verstehen können, warum der Vater, der abends betrunken heimkehrte und roh zur Mutter war, am Morgen freundlich war. Der Vater pflegte immer erst sehr spät nach Hause zu kommen und das Kind fürchtete sich schon im voraus vor den Szenen, die, wie sie wußte, sich abendlich wiederholten. Im weiteren Verlaufe der Analyse erinnerte sie unter heftigen Angstgefühlen und vasomotorischen Erscheinungen die Koitusszenen, die sie mehrere Jahre hindurch belauscht hatte. Bei der Belauschung hatte sie Angst, Herzklopfen, Hitzegefühle, wie seit vier Jahren, und Harndrang gehabt. Die von der Patientin mit großem Verständnis durchgeführte Analyse erlaubte, zwei Stadien der Koitusbelauschung zu unterscheiden. Zuerst hatte sie nur Angst verspürt und die Vorstellung gehabt, daß der Mutter etwas Gräßliches geschähe; Träume ließen darauf schließen, daß sie das erste Mal mit Schreck erwacht war und seither jeden Abend in ängstlicher Erwartung des Kommenden nicht einschlafen konnte. Allmählich hatte sie sich an die nächtlichen Szenen gewöhnt und war zur Einsicht gelangt, daß es doch nicht so arg sein könnte, sonst würde die Mutter nicht von selbst ins Bett des Vaters gehen und dieser könnte am Morgen nicht so freundlich zu ihr sein. Sie entdeckte das Lustvolle der Situation und onanierte von da ab während des Geschlechtsaktes der Eltern. Die gleichen körperlichen Erscheinungen, die früher zusammen mit der Angst aufgetreten waren, begleiteten nun die sexuelle Erregung. Doch blieb die Onanie nach der Verdrängung des Eindrucks, den die nächtlichen Szenen gemacht hatten, ständig mit der Angst assoziiert. Schließlich erlag auch die Onanie der Verdrängung und es verblieb als unkenntlicher Rest Angst vor Einbrechern und Angst im Dunkeln. Daneben

bildete sich eine Phantasie, die in der Analyse ebenfalls auf die Schlafzimmerszenen zurückgeführt werden konnte: Ihre Tagträume hatten zumeist den Inhalt, daß sie „sehr, sehr reich" sei. Es fiel auf, daß diese Tagträume die Angst um das siebente Lebensjahr vollständig abgelöst hatten. Von da ab, insbesondere in der Pubertät, bekam sie so etwas wie ein Gefühl der Angst, wenn sie mit Männern zusammenkam, die ihr gefielen. Sie verstand es jedoch stets, sich gefährlichen Situationen zu entziehen, und flüchtete merkwürdigerweise in die „Geldphantasie". Gelegentlich ertappte sie sich beim Gedanken, daß sie, um viel Geld zu verdienen, auch Dirne werden könnte. So träumte sie einmal, daß sie nachts durch eine dunkle Gasse gehe und daß an allen Ecken und in Mauernischen Männer stünden, vor denen sie sich fürchtete. Als Kind hatte sie sich sehr für die Frauen interessiert, die abends auf der Straße herumstanden. Sie hatte einmal eine Dirne angesprochen und von ihr ein Geldstück bekommen. Das wollte sie dem Vater bringen, „damit er gut werde", denn sie wußte, daß man ihn mit Geld milde stimmen konnte. Die Geldphantasie war somit eine verstellte Inzestphantasie und konnte offenbar die Angst binden; denn wenn sie Geld besaß, konnte sie einerseits den Vater milder stimmen und anderseits ihn für sich gewinnen; war ihr doch nicht verborgen geblieben, daß die Mutter das gleiche erreichte, wenn sie dem Vater Geld gab. Diese Phantasie ging ohne sexuelle Erregung einher. Hingegen wurde sie genital erregt, wenn sie sah, daß ein Kind oder ein Hund geschlagen wurde. In den Geld- und Schlagephantasien kam eben die Regression zum sadistisch-analen Entwicklungsstadium ebenso zum Ausdruck, wie in ihrem Charakter, den wir als zwangsneurotischen bezeichnet haben: Sie war total frigid und sexualablehnend, ordnungsliebend, gewissenhaft, männlich-hart und infolge ihrer sexuellen Affektsperre im Wesen kalt.

Nach der Erinnerung der Urszene traten, besonders bei der Besprechung der Details, auch in der Analyse vasomotorische Erscheinungen zunächst mit Angst auf; allmählich wich die Angst genitaler Erregung, während das Herzklopfen, die Hitzegefühle und die übrigen vasomotorischen Symptome blieben. Und zwar wich die Angst in dem Maße, als die Sensibilisierung des Genitales fortschritt. Als sie zum ersten Male mit Lust, allerdings ohne den Orgasmus zu erreichen, mit ihrem Manne verkehrte, konzipierte sie neuerdings. Vier Jahre lang hatte sie ohne Präventivmittel verkehrt; daß sie jetzt konzipierte, konnte nur darauf zurückgeführt werden, daß sie die weibliche Sexualrolle angenommen hatte. Vor dem betreffenden Geschlechtsakte hatte sie einige Träume, in denen der Kindeswunsch sich symbolisch äußerte. Auch in ihrem Wesen drückte sich die Umstellung zum Weiblichen, Mütterlichen deutlich aus; sie verlor auch die betonte Härte in Stimme, Gang und Haltung.

Trotz dieser Änderung des Charakters und des Abbaus der Angst wurde die Analyse fortgesetzt. Die Onanieangst, die sich als genitale Berührungs-

angst äußerte, war überhaupt nicht erörtert worden; ebensowenig war der Patientin die Furcht, beim Geschlechtsakt verletzt zu werden, bewußt geworden und der Peniswunsch, der ihrer männlichen Haltung zugrunde lag, hatte kaum Erwähnung gefunden. Der erzielte Erfolg war lediglich der Erinnerung der Urszene und der weitgehenden Lösung der inzestuösen Fixierung zuzuschreiben, die ein Stück weiblicher Liebesfähigkeit freigemacht hatte.

Im zehnten Monat der Analyse wurde die Behandlung wegen der vorgeschrittenen Gravidität unterbrochen, ohne einen vollen Erfolg erzielt zu haben. Der Mann hatte, ohne darunter zu leiden, eine leichte ejaculatio praecox und vermochte es daher nicht, ihre freigelegte Libido an sich zu fesseln. Außerdem geriet die Patientin in einen neuen Konflikt, den sie dank der Psychoanalyse nicht neurotisch zu erledigen trachtete. Sie hatte, getrieben von ihrem Männlichkeitswunsch, einen femininen Mann geheiratet und sehnte sich nun, entsprechend ihrer neuen weiblichen Haltung, nach einem starken, führenden Gatten. Viele Monate später sah ich die Patientin als glückliche Mutter und unglückliche Gattin wieder. Die Angstzustände waren nicht wiedergekommen, doch litt sie an einer leichten Magenneurose, die vermutlich auf einer nicht gelösten Beziehung zur Mutter fußte. Die Quelle dieses Symptoms konnte nur die Libidostauung sein, die ja nicht behoben war. Von Zeit zu Zeit traten Hitzegefühle mit sexueller Erregung auf, die die Patientin vergebens bekämpfte, noch ohne sie zu verdrängen. Sie beabsichtigte, die Analyse fortzusetzen, um den Konflikt mit dem Gatten zu erledigen.

Man darf vorwegnehmen, daß ihr nur zwei Entscheidungsmöglichkeiten offenstehen: Annahme des Gatten mit Hilfe von Entsagung; dann bleibt sie ständig der Gefahr der Rezidive ausgesetzt, weil sich die sexuelle Erregtheit nur orgastisch erledigen läßt, trotz der Befriedigung in der Erfüllung der Mutterpflichten und eventueller Sublimierung. Oder Scheidung und neuerliche, adäquate Gattenwahl. Der denkbare Ausweg masturbatorischer Befriedigung verspricht auf die Dauer wenig; er scheint im Gegenteil wegen der Phantasien nicht ungefährlich zu sein (neuerliche Regression).

Wir haben diesen Fall ausführlicher besprochen, weil wir auch der Bedeutung der somatischen Libidostauung für die Prognose der Neurose Rechnung tragen wollten. Die Rezidivefähigkeit eines symptomfrei gewordenen Patienten hängt unter anderem in erster Linie von dem Ausmaße an gestauter Libido, d. h. von den noch ungelösten inneren Hemmungen und äußeren Schwierigkeiten ab, die der Herstellung eines geordneten Sexuallebens entgegenstehen.

In theoretischer Hinsicht vermag der Fall uns einige Zusammenhänge zwischen den aktualneurotischen und den rein psychoneurotischen Mechanismen klarzumachen. Es sind folgende Prozesse zu unterscheiden:

*a)* Der aktuelle Konflikt mit dem Gatten bediente sich der Neurose als Mittel zur Durchsetzung neurotischer Absichten (Schutz vor dem Geschlechtsakt, Quälen des Gatten). Dieser Konflikt selbst war aber der Erfolg einer durch infantile Erlebnisse bedingten Fehlidentifizierung.

*b)* Nach der Versagung des Kindes durch den Gatten und dem blutigen Eingriff am Genitale regredierte die Patientin zu einer Libidoposition, die durch die Erlebnisse im Schlafzimmer besonders geartet war (allabendliche Angstzustände). Die psychische Reaktivierung des infantilen Sexualwunsches rief die somatische sexuelle Erregtheit hervor, die sich in gleicher Weise wie damals, nämlich unter vasomotorischer Erregung kundgab. Außer der Angst hatten die einzelnen Symptome keinen psychischen Sinn. Der Sinn der Angst war die wiederbelebte Furcht vor dem brutalen Vater, vor dem Geschlechtsakt als vermeintlicher Gefahr und vor dem eigenen Inzestverlangen. Bis zur Erkrankung konnte die sexuelle Erregtheit infolge der Sexualablehnung nicht hervorgerufen werden. Die Geschlechtskälte, die ein Überbau der Kastrationsangst und ein Schutz vor sexuellen Reizen war, brach erst unter dem mächtigen Anprall der wiederbelebten kindlichen Phantasien zusammen.

*c)* Die Kastrationsangst verhinderte jedoch die Sensibilisierung des Genitales und die Erregung konnte nur mehr als Stauungsangst zum Vorschein kommen. Die vasomotorischen Symptome, das Zittern und der Schwindel waren somit Ausdruck der nicht wahrgenommenen Sexualerregung. So kam zur psychischen Libidostauung, die wir als Sehnsucht nach dem Vater beschreiben können, die somatische hinzu und verschärfte die psychische Erregtheit und die Angst, die ihrerseits die vasomotorische Neurose wie in einem Zirkel immer aufs Neue anfachte.

Die Kastrationsangst und die charakterologische Sexualablehnung waren somit die indirekten, psychischen Ursachen der Aktualangst.

Die somatische Libidostauung kann auf zweierlei Art zustande kommen:

*a)* Eine geringe psychische Hemmung stört die glatte Abwicklung

der Befriedigung, ohne die Reizung zu verhindern. Bloße Reizung ohne Lösung der Sexualspannung (frustrane Erregung) schafft zunächst allgemeine Unruhe, Reizbarkeit und Verstimmung neben körperlichen Beschwerden, so daß sie, zu einer Quelle sich stets steigernder Beschwerden geworden, schließlich abgestellt wird; die genitale Sensation erscheint nicht mehr als Lust- sondern als Unlustempfindung, gelegentlich als Schmerz. Erst jetzt pflegen die vasomotorischen Erscheinungen und die Angst in den Vordergrund zu treten. Die Störung des libidinösen Gleichgewichtes bringt dann sekundär die immer bereitliegenden psychischen Konflikte zur Geltung.

*b)* Eine starke charakterologische Hemmung, wie in dem letzten Falle, läßt es nicht einmal zur Reizung kommen, so daß die somatischen Spannungen zunächst niedrig bleiben und, soweit sie vorhanden sind, sich der mannigfachen Gelegenheiten, die der Alltag bietet, bedienen, um abgeführt zu werden. Durch einen mehr oder minder wichtigen aktuellen Anlaß, der jedoch stets mit infantilen Konflikten assoziiert ist und eben dadurch pathogen wird, werden zunächst die infantilen Konflikte als sexuelle Phantasien aktiviert. Die ursprünglich geringe somatische Libidostauung wird erst durch diese Aktivierung alter und starker Phantasien zu pathogener Kraft angefacht. Sie verschärft sekundär den psychischen Konflikt und wird die eigentliche Energiequelle der Symptome, die, wie bereits hervorgehoben wurde, nicht schon bei der Regression, sondern erst nach einem Intervall auftreten, das von bewußter oder unbewußter, stauungserzeugender Phantasietätigkeit erfüllt war.

Bei vorgeschrittenen neurotischen Prozessen lassen sich die psychischen und somatischen Anteile der Libidostauung in ihrer ursächlichen Wechselbeziehung nur schwer auseinanderhalten. Der Unterschied in der Entstehung der Aktual- und der Psychoneurose im Beginne des Prozesses ist ein durchgreifender: Dort wird zuerst somatische Energie gestaut, die bei längerem Bestande auch psychische Stauungen (unerfüllte Sehnsucht) und Regressionen bedingt; hier werden auf Grund aktueller Anlässe, Enttäuschungen an Liebesobjekten oder narzißtischer Kränkungen, alte Wünsche und kindliche Phantasien angeregt, die sekundär die pathogene Stauung der somatischen Sexualenergie bedingen. Es muß jedoch betont werden, daß eine solche Flucht in die Kindheit, beziehungsweise in die Krankheit, um so eher und auf um so geringfügigere Anlässe hin zustande

kommt, je geringer die libidinöse Bindung an reale Objekte und die reale Sexualbefriedigung sind.

*Es kann somit keine Aktualneurose ohne psychische Hemmungen oder Störungen der Genitalfunktion und keine Psychoneurose ohne gestaute somatische Libido zustande kommen.* Und jede Aktualneurose wird, je länger sie dauert, um so mehr psychoneurotisch überbaut.

Der psychoneurotische Anteil der Neurose entspricht der *historischen* Ätiologie (Ödipus-Komplex), der aktualneurotische der *aktuellen* Ätiologie (Libidostauung).

Figur 10:

Neurose (Psychoneurose + aktualneurotischer Kern)
Störung der Genitalfunktion
Phantasiebildung
Angstbildung
Libidostauung (aktuell)
Ödipuskomplex (historisch)

Das nebenstehende Schema veranschaulicht die typischen Zusammenhänge:

*1)* Der Ödipus-Komplex liefert das grundlegende Material (die Inhalte, Phantasien), die Libidostauung die Energie zur Herstellung der Neurose.

*2)* Die Libidostauung macht den Ödipus-Komplex aus einer historischen Tatsache zu einer aktuellen; dieser wieder macht mittels der genitalen Funktionshemmung die akute Libidostauung chronisch.

So schließt sich der Ring der beiden Ätiologien zum kontinuierlichen Kreislauf: Phantasie — Störung der Genitalfunktion — Libidostauung — Angst — Phantasie — Störung der Genitalfunktion usw.

Ein jung verheirateter Mann klagt über heftige Angstzustände, Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche, die vor einem Jahre akut aufgetreten waren. Auf meine Frage nach dem Sexualleben berichtet er, daß er vor einem Jahre, knapp vor dem Ausbruch der Angstneurose, coitus interruptus auszuüben begann, nachdem die Gattin gegen den Willen beider konzipiert hatte. Nach einiger Zeit bekam die Angst bestimmte Inhalte, so erwachte er

häufig aus Träumen, in denen er verfolgt wurde. Ähnliche Träume hatte er nur in der Kindheit gehabt.

Eine vierzigjährige Frau litt seit zwanzig Jahren, seit ihrer Verheiratung, an einer vasomotorischen Neurose und Angst; einige Symptome aus dem Bereiche der akuten Neurasthenie (Kreuzschmerzen, Kopfdruck usw.) komplizierten das Krankheitsbild. Auf die Frage, ob sie beim Geschlechtsakt empfinde, brach die Patientin in Tränen aus: „Seit zwanzig Jahren renne ich zu Ärzten und warte auf diese Frage. Warum hat mich bisher niemand darnach gefragt? Ich selbst schämte mich, es zu sagen. Ich weiß, daß mir nur die Befriedigung fehlt.“ In einigen Aussprachen (eine Analyse konnte wegen Platzmangels nicht durchgeführt werden) stellte es sich heraus, daß die Patientin nach der Verheiratung einmal von ihrem Manne digital gereizt worden und wegen dieser „Tat“ heftig erschrocken war (Onanieangst!). Sie duldete es nie mehr. Seither wurde sie von sexuellen Erregungen geplagt, die im Laufe der Zeit fast völlig den Symptomen ihrer Neurose wichen, beziehungsweise abwechselnd mit ihnen auftraten. Der Versuch, die psychische Hemmung suggestiv zu beseitigen, gelang vorübergehend. Die Patientin erlebte zum erstenmal einen Orgasmus durch digitale Friktion der Klitoris. Die Symptome waren mit einem Schlage verschwunden. Ein zweiter Versuch mißlang, die Patientin war bloß gereizt und die Symptome kehrten in vollem Ausmaße wieder. Die psychische Hemmung, vermutlich ein intensives Onanieschuldgefühl, war momentan aus Gründen starker Übertragung gewichen, hätte aber wohl nur durch eine gründliche Analyse dauernd beseitigt werden können.

Eine direkte suggestive Wirkung ist hier auszuschließen. Man überzeugt sich im Verlaufe psychoanalytischer Behandlungen wiederholt von der symptomlösenden Wirkung des genitalen Orgasmus. Dieser Zusammenhang fiel zum ersten Male in der Analyse eines zwangsneurotischen Charakters mit Arbeitsunfähigkeit, Zwangsgrübeln und Sexualscheu auf. Nach ungefähr achtmonatiger analytischer Arbeit war die Fixierung an die Mutter und die aktuellere an die Schwester soweit gelöst, daß der Patient seinen ersten Koitus unternahm, der in jeder Hinsicht befriedigend war. Die körperlichen Beschwerden wichen mit einem Schlage, er bekam einen „freien Kopf“ und fühlte sich „wie neugeboren“. Im Laufe von acht Tagen kehrten die Symptome allmählich wieder und wichen nach einem neuerlichen Akte. Das wiederholte sich in gleicher Weise sechs Wochen hindurch. Der Patient mußte schließlich, sollte die Analyse nicht in diesem Zirkel stecken bleiben, wieder abstinent leben, um unter dem Drucke der Krankheitserscheinungen die restliche Arbeit zu leisten, die notwendig war, um alle neurotischen Rückzugsmöglichkeiten zu entwerten. Der Patient ist seit sechs Jahren vollkommen arbeits- und liebesfähig.

### *e) Aus der Analyse einer Hysterie mit hypochondrischer Angst*

Eine zweiunddreißigjährige verheiratete Frau suchte das psychoanalytische Ambulatorium wegen der quälenden Befürchtung auf, ihr achtjähriger Sohn und sie selbst könnten an Lungentuberkulose sterben. Vor drei Jahren hatte sie einen Arzt wegen des schlechten Aussehens ihres Kindes konsultiert, die Untersuchung hatte jedoch nichts Pathologisches ergeben; der Arzt hatte sie bloß auf die Gefahr eines Lungenspitzenkatarrhs aufmerksam gemacht. Sie dachte nicht weiter daran, bis der Junge vor einem Jahre an einer Angina erkrankte. Jetzt setzte, jedoch noch ohne den Charakter der Angst anzunehmen, die hypochondrische Zwangsbefürchtung ein. Sie wich auch nicht, sondern verstärkte sich vielmehr, als der Knabe gesundete, trotz wiederholter Versicherungen des Arztes, daß ihm nichts mehr fehle. Aus Angst und Sorge um das Kind wurde die Patientin schlaflos und arbeitsunfähig, litt an Weinkrämpfen und akut auftretenden Angstzuständen; sie mußte immerfort denken: „Wenn das Kind aber doch stirbt!"

Schon in den ersten Wochen der Behandlung ergab sich ein klares Bild von den eigentlichen Anlässen der Erkrankung. Zunächst erinnerte sie, daß zur Zeit, als der Knabe krank lag, die Befürchtung sie gequält hatte, ihre dreizehnjährige Tochter könnte den Buben zur Onanie verleiten. Kurz vorher hatte sie beobachtet, wie die Tochter onanierte, ohne jedoch sonderlich besorgt gewesen zu sein. Einige Zeit darauf erlitt sie eine schwere Enttäuschung an ihrem Gatten, mit dem sie bis dahin in relativ guter Ehe gelebt hatte: Er flirtete mit einem jungen Mädchen und küßte es in ihrer Gegenwart. Die Patientin war empört und eifersüchtig. (Sie selbst, meinte sie, wäre ihrem Manne so treu, daß sie am ganzen Körper vor Angst zittere, wenn sie von einem fremden Manne bloß angesehen werde.) Nach diesem Vorfall verspürte sie einen schier unbezwingbaren Drang zur Onanie und träumte in der darauffolgenden Nacht, daß sie mit ihrem Vater, der vor acht Jahren gestorben war, *a tergo* verkehre. Sie hätte nie beim Geschlechtsverkehr mit ihrem Gatten derart intensive Lustempfindungen erlebt wie in diesem Traume. Von da ab verstärkte sich die hypochondrische Befürchtung und nahm den Charakter der Angst an.

Sie selbst hatte zur Zeit der Pubertät viele Jahre exzessiv onaniert, bis sie einmal in einem Buche über die Gefahren las, die die Onanie angeblich mit sich bringe. So hatte sie z. B. geglaubt, daß man an Syphilis erkranken könne. Seit dem Beginne der Bekanntschaft mit ihrem Gatten onanierte sie selbst sehr selten und hörte damit auf, als sie regelmäßigen Geschlechtsverkehr pflog; sie war vaginal hypästhetisch, litt häufig an Vaginismus und war in jeder Hinsicht gehemmt. Mehrere Jahre lang bestanden die geschlechtlichen Beziehungen zwischen ihr und ihrem Manne in Friktionen an der Vulva, die sie nur zum Teil befriedigten.

Ordnen wir die Anlässe der Erkrankung, so sehen wir, daß die Angst als letztes und schwerstes Symptom sich nach jenem Koitustraume einstellte, in dem sie auf Grund der Inzestphantasie lustvolle genitale Sensationen erlebte. Schon lange vorher war ihr seelisches Gleichgewicht labil, sie hatte mit Onaniewünschen zu kämpfen und war vaginal hochgradig hypästhetisch sowie orgastisch impotent. Nach der Enttäuschung am Gatten flüchtete sie in die Phantasie und die Onaniewünsche wurden wieder mächtig. Schon anläßlich der Erkrankung des Knaben wurde die Verdrängung erschüttert. Der Arzt hatte von Tuberkulose gesprochen, der Vater war an Tuberkulose gestorben. Das gab den Inhalt ab für die Befürchtung; ihre Energie stammte aus der Onanieangst; diese war durch die Onanie ihrer Tochter wiedererwacht, ohne jedoch sofort als Angstaffekt zum Vorschein gekommen zu sein. Die Abwehr der Onanie nahm erst dann den Charakter der Angst an, als sie jene vehemente Sexualerregung im Traume hatte. Das Sterben- und Zugrundegehenmüssen war ihrer alten Auffassung nach die notwendige Folge der Onanie. Der Onaniewunsch sowohl wie die Strafangst wurden auf den Knaben projiziert.

Das hatte seine besonderen Gründe, die durch folgenden Traum klar wurden:

*„Es war auf einer grünen Wiese, auf einmal sah ich, wie mein Bub auf einer sogenannten Feldbahn saß, das Lenkrad wie ein Chauffeur in der Hand hielt und einmal nach vorn, dann wieder zurückfuhr. Wie ich ihn anrief und nach vorn eilte, um ihn aufzuhalten, fuhr er zurück, eilte ich zurück, so fuhr er nach vorn. Auf einmal erblickte ich meine verstorbene Schwester und wollte sie anstatt des Buben strafen, aber sie war so klein, daß sie sich kaum zu bücken brauchte, um unter einer Wagenstange durchzukommen. Ich erwischte sie gerade noch an der Hand und schlug ihr mit meiner linken Hand ein paar Ohrfeigen herunter, nur hatte ich ein eigentümliches Gefühl, so wie wenn sich meine Hand so recht an ihre Wange schmiegen müßte und es kostete mich jedes Mal große Mühe, meine Hand von der Wange zu lösen und noch einmal hinzuschlagen.“*

Die Patientin verstand sofort die Bedeutung des Lenkrades und des „Hin und Her“ im Traume. Da sie in ihrer Kindheit und während der Pubertät jahrelang mit anderen Kindern „Doktor“ gespielt hatte, mußte sie sich eingestehen, daß sie selbst den Wunsch hatte, den Buben zu verführen; bewußt wurde nur die Abwehr dieses Wunsches in der Befürchtung, daß ihre Tochter es versuchen könnte.

Es hätte nun gewiß dabei bleiben können. Warum verschob sich aber auch die Angst vor den Folgen der eigenen Onanie auf den Knaben? Ferner, warum war die Angst nicht schon damals ausgebrochen, als sie die Tochter onanieren gesehen hatte?

Unter ihren Zwangsbefürchtungen kehrte die Idee immer wieder, ihr Knabe würde das achtzehnte Lebensjahr nicht erreichen. Sie konnte sich mit der Vorstellung nicht befreunden, daß ihre alte Mutter mit dem zur Zeit achtzehnjährigen Bruder allein in den Ehebetten schlief. Sie selbst schlief mit ihrem Knaben bis zur Analyse zusammen. Die Lage, die sie dabei einnahm, war eindeutig genug; der Knabe mußte zumeist mit dem Rücken zu ihr gewendet liegen und sie hielt ihre Hand an seinem Genitale. Sie wusch und badete ihn immer selbst, vermied aber dabei, sein Genitale zu berühren. Das entwickelte sich mit fortschreitender Verdrängung zu einer ausgesprochenen Berührungsangst. Soviel über ihre sexuellen Beziehungen zum Knaben, auf die wir noch einmal zurückkommen werden.

Der Knabe hatte ferner in ihrem unbewußten Vorstellungsleben die Bedeutung eines Gliedes angenommen, korrekter ausgedrückt, sie übertrug auf ihn alle Libido, die sie von ihrem eigenen kümmerlichen Penis, von der Klitoris, hatte abziehen müssen. So erklärte sich ihr Wunsch, den sie bei der Geburt des Knaben hatte, er möchte doch immer so klein, d. h. dem Phallus ähnlich bleiben. Den Knaben verlieren, bedeutete somit in tiefster Schichte das Glied verlieren.

Am deutlichsten äußerte sich der Peniswunsch der Patientin darin, daß sie mit Vorliebe über dem Klosett stehend urinierte. Sie hatte nie vergessen, wie sehr sie die Knaben um die Fähigkeit, den Urinstrahl zu lenken, beneidet hatte. In der Analyse zeigte es sich, daß sie unbewußt die Hoffnung hegte, die Analyse werde ihr zu einem Gliede verhelfen; nichts anderes bedeutete ihre Hoffnung zu gesunden. Schon nach zwei Monaten verlor sie — aus Übertragung — ihre Symptome, die Behandlung wurde trotzdem fortgesetzt, weil sie von der Idee nicht loskommen konnte, daß sie noch nicht gesund sei. Als anläßlich der Analyse der positiven Übertragung die Befürchtung, wieder zu erkranken, sehr stark wurde, fiel ihr ein, sie hätte ihrem Manne einmal gesagt, er könne ruhig ins Wirtshaus gehen, sie würde ihn nicht zurückhalten, wenn er ihr nur sein Glied daließe. Ein Traum aus dieser Phase der Behandlung ist dafür sehr charakteristisch; zu seinem Verständnis bedarf es nur der Erklärung, daß für sie „kleine oder verstorbene Schwester" „kastriertes Genitale" bedeutete (analog: Bub — Penis):

*„Ich muß einen Berg hinauf, auf dem ein Salettl steht. Auf einmal ist meine kleine Schwester (mein Genitale) bei mir und bei dem Lusthaus liegt außen Laub angehäuft,*

*über dem Ganzen liegen wagrecht zwei starke Baumstämme. Meine Schwester hat Eile und schafft dort herum (onaniert an der Klitoris — Penis — Baumstämme), auf einmal fängt alles zu rutschen an (Orgasmus; vgl. ihren Traum im Kapitel über die Störungen des Orgasmus) und ich sehe meine Schwester beim Berg unten liegen, die Stämme zur Hälfte über ihrem Körper. (Da spielten Vergewaltigungsphantasien mit.) Da eilte ich zu Ihnen und bitte Sie, meiner Schwester (meinem Genitale) zu helfen und sie zu untersuchen (Doktorspielen — onanieren), Sie sagen aber immer wieder nein (Versagung in der Analyse), da denke ich mir, ach, Sie wollen nicht, das ist alles nur wegen der Analyse, weil ich dann nicht sprechen könnte (Schweigen war immer ein Zeichen dafür, daß sie sexuelle Wünsche und Erregung verbarg), wenn ich weiß, daß Sie meine Schwester untersucht haben und bin voll Zorn auf Sie."*

Nun hatte zwar die Penisphantasie ihre eigene pathogene Kraft, sie wurde jedoch verstärkt durch die Beziehung zur Onanie und zur Kastrationsangst. Dazu kam eine partielle Identifizierung mit dem Vater nach der unausbleiblichen Liebesenttäuschung. Als der Mann ins Wirtshaus wollte, verlangte sie seinen Penis; als ihr die Beendigung der Analyse angekündigt wurde, traten jener Traum und heftiger Harndrang während der Stunde auf; nach einer Unterbrechung der Analyse mußte sie andere zwangsweise analysieren; schließlich hatte sie den Vater an Tuberkulose verloren und fürchtete dann, selbst an dieser Krankheit zu sterben.

In der Pubertät wurde sie einmal von ihrem Vater bei der Onanie ertappt; ohne gescholten worden zu sein, wußte sie, daß er böse war. Von da ab verstärkte sich ihre Neigung zu männlichen Leistungen und zur Konkurrenz mit Knaben. Trotz dieser partiellen Vateridentifizierung blieb sie dem Grundzuge ihres Wesens nach weiblich. Es zeigte sich im Verlaufe der langen Analyse, daß sich ihr Peniswunsch und die hypochondrische Befürchtung, die wir als Kastrationsangst entlarvten, immer dann verstärkten, wenn sie eine Zurückweisung oder Enttäuschung auf heterosexuellem Gebiete erfuhr oder wenn sich polygame Wünsche regten und sie infolgedessen Angst vor fremden Männern bekam. Das äußerte sich in der Analyse zuerst als allgemeine Angst vor dem Analytiker, später als Angst vor Vergewaltigung.

In dieser Phase klärte sich auch ihre infantile Beziehung zum Vater auf. Unter anderem hatte die Tatsache, daß sie ihre Tochter zu der gleichen Zeit wie ihre Mutter ihr jüngstes Mädchen gebar, eine große Rolle gespielt. Beide Kinder bekamen den gleichen Namen, die Patientin betreute sie und phantasierte nun, zwei Kinder zu besitzen, und zwar beide vom Vater empfangen zu haben. Ein Traum, den sie um diese Zeit träumte, lautete:

*„Mein Vater lag im Bette meines Mannes, genau so wie mein Mann zu liegen pflegt. Ich weine schrecklich und erzähle ihm, wie unschön sich meine Schwester (= Genitale) benommen hat (Schuldgefühl wegen der Onanie und Inzestphantasie), und während ich erzähle und schluchze, gehe ich in die Küche und verschließe das Fenster mit einem Vorhang und darüber gebe ich noch dunkles Papier (das pflegte sie vor dem Geschlechtsakt mit dem Gatten zu tun)."*

Eine weitere, sehr wesentliche Wurzel ihrer Angst um den Buben war ein stark verdrängter Todeswunsch, der ebenfalls der Liebe zum Vater entstammte. Als der Knabe geboren wurde, lag der Vater sterbenskrank darnieder und sie fragte sich in ihrer Verzweiflung, ob der Vater wohl am Leben bliebe, wenn der Knabe an seiner Stelle stürbe. In einem Traume, in dem sie mit ihrem Buben im Walde Pilze sammelte, erschien plötzlich der Vater und der Knabe wurde immer „schattenhafter". In einem anderen hieß es:

*„Ich habe meinem Buben beide Füße abgeschnitten und gegessen. Ich sollte noch ein Stück von ihm herunterschneiden, aber er lebte noch und ich sagte zu meinem Mann: Erst nehme ich den Kopf weg, während mein Mann mir zuredete, mit dem Kleinen ins Spital zu gehen. Da fällt mir ein, daß ich schon so viel um den Buben geweint habe, daß ich mir gar nicht vorstellen kann, wie er zwanzig Jahre alt werden soll, und nun habe ich ihn selbst zum Krüppel gemacht. Da kommt so eine Sehnsucht über mich, einmal noch alles gut machen zu können, und der Wunsch überfällt mich, wenn ich es doch heilen könnte. Nur nicht zu einem Doktor, der erkennt, daß ich das dem Buben gemacht habe."*

Fassen wir die determinierenden Bedeutungen der hypochondrischen Befürchtung zusammen; sie lauteten unbewußt, in Formeln gefaßt:

*1)* „Ich bin von meinem Gatten enttäuscht worden und gehe zu meinem Vater zurück, der wird mich befriedigen." (Inzesttraum — Onaniewunsch.)

*2)* „Ich fürchte meinen Buben (den Ersatz des Vaters) ebenfalls an Tuberkulose zu verlieren."

*3)* „Ich wünsche, daß mein Kind sterbe, damit mein Vater wiederkomme."

*4)* „Ich will meinen Buben zur Onanie verführen, fürchte aber, daß er daran zugrunde geht." (Sterbensangst — Kastrationsangst.)

*5)* „Ich will meinen Buben zerstückeln, mir sein Glied aneignen."

*6)* „Mein Bub ist mein Glied; ich will an meinem Buben (= Gliede) onanieren, fürchte aber, ihn (es) dafür (zur Strafe) zu verlieren."

Während die Patientin ihre sinnlichen genitalen Strebungen unterdrückte und die Kastrationsangst zum Kern ihrer hypochondrischen Befürchtung wurde, schuf sich die somatische Erregung, die nicht am Genitale abgeführt werden durfte, ein Ventil in einem hartnäckigen Konversionssymptom. Als die Übertragung in der Analyse aktuell wurde, traten am linken Arm und an der linken Wange große Urtikariaquaddeln auf, die von ihr „Blasen" genannt wurden. Es fiel der Patientin auf, daß die „Blasen" nur links auftraten; ich saß links hinter ihr. An einem der nächsten Tage — sie besprach gerade ihre Scheu, sich vor Männern im Badekostüm zu zeigen — traten heftig juckende „Blasen" an den Beinen oberhalb der Strumpfbänder auf. Die Analyse der Wahl des Konversionsortes förderte die Erinnerung zutage, daß ihr ein Bursche einmal, etwa in ihrem zehnten Lebensjahre, unter die Röcke gegriffen hatte. Der Gedanke, daß ein Mann sie sexuell

ansehen oder angreifen könnte, hatte eine Zeitlang prompt das Auftreten von Blasen zur Folge gehabt. Sie könnte — meinte sie spontan — durch nichts in der Welt dazu gebracht werden, sich vor mir zu entblößen. Beim Baden hatte sie sich ihrer nackten Arme und Beine, besonders aber ihrer Brüste, die ihr zu klein erschienen, geschämt. Die Urtikaria konnte somit als ein übertriebenes Erröten der Haut aufgefaßt werden, zumindest trat sie in all den Situationen auf, in denen Frauen zu erröten pflegen. Das war der psychische Sinn des Symptoms.

Als in der Pubertät Quaddeln auftraten, gab sie dafür ihrer damals exzessiv betriebenen Onanie die Schuld. Viele Jahre später, als sie bereits verheiratet war, traten die juckenden „Blasen“ auf, wenn sie unter ihrer Unfähigkeit, befriedigt zu werden, sehr schwer litt. Daß es sich dabei um eine genitale Erregung handelte, die, vom Genitale abgesperrt, an der Haut zum Vorschein kam, wurde durch folgende Tatsachen bewiesen. Die Patientin sträubte sich in der Analyse lange gegen die Erklärung, daß sie die Onanie nicht, wie sie glaubte, endgültig aufgegeben, sondern bloß den Wunsch danach verdrängt hätte. Einige Monate später (sie hatte sich mit diesem Gedanken mittlerweile bereits vertraut gemacht), gestand sie, daß zur Zeit ihres heftigsten Sträubens gegen diese Erklärung urtikarielle Quaddeln an den großen Labien aufgetreten waren, an denen sie immerfort kratzen mußte, ohne zu ahnen, daß die Beseitigung des Juckreizes vollwertige Onanie war. So wie sie vor der Erkrankung vor der genitalen Erregung erschrocken war, fürchtete sie nachher die „Blasen“, die sie als großes Unglück und Zeichen ihrer Krankheit auffaßte.

Die Urtikaria trat auch auf, wenn die Patientin in der Analyse Harndrang bekam und sich mitzuteilen schämte, daß sie aufs Klosett müsse. Ihre Urethralerotik war sehr stark betont. So traten die Blasen auch auf, wenn sich die Patientin mit Wasser bespritzte oder ins Bad stieg. In der Kindheit machte sie eine Enuresis durch. Sie hatte einen seit vielen Jahren immer wiederkehrenden Traum, in dem sie Wäsche wusch und dabei von jemand überrascht wurde. Dieser Traum blieb solange unverständlich, bis ihr einfiel, daß sie in der Pubertät beim Wäschewaschen das Genitale, die rhythmische Bewegung ausnützend, an der Kante des Trogs gerieben hatte. Als sie gegen die Onanie überhaupt anzukämpfen begann, traten beim Wäschewaschen heftig juckende Urtikariaquaddeln am ganzen Körper auf. Später erinnerte sie, daß die ersten „Blasen“ in ihrem achten Lebensjahre in der Glutealgegend und an der Hinterseite der Oberschenkel aufgetreten

waren, als sie mit ihrem Vater, der Gärtner war, zusammen im Garten arbeitete. Die Patientin hatte eine heftige, mit Angst gemischte Abneigung gegen den Koitus *a tergo*. Im Traume verkehrte sie jedoch gerade in dieser Stellung mit ihrem Vater. Als kleines Kind hatte sie Tiere beim Geschlechtsverkehr eifrig beobachtet und war zur Auffassung gelangt, daß auch die Eltern es so machten. In der Ehe stellte sich oft starkes Verlangen nach dem Koitus *a tergo* ein, worauf sie mit Angstzuständen reagierte. Die jeweilige Lokalisation entsprach somit dem jeweils erregten und mit psychischem Interesse besetzten Organ (Labien — Onanie, Glutealgegend — Koitus *a tergo*, Oberschenkel — Phantasie, daß ihr unter den Rock gegriffen werde usw.).

Der Sinn des Symptoms war überdeterminiert. Die „Blasen" bedeuteten: Exhibition und Scham als Reaktion, Onanie und Kastrationsangst, ferner Urinieren. (Die Blasen traten auch auf, wenn die Patientin sich mit Wasser bespritzte oder wenn sie in der Analyse Harndrang bekam.) Die Energie, mittels welcher diese Vorstellungsinhalte das Symptom bewerkstelligen konnten, war die körperliche genitale Erregung (Quelle des Symptoms), dieselbe, die ein anderes Mal die Irritation des kardialen Systems und die Angst bedingte. Es war auffallend, mit welcher Regelmäßigkeit die Angst sich verringerte, sobald die Urtikaria auftrat, und sich wieder steigerte, sobald auch eine „Verdrängung" des Symptoms einsetzte, vor dem die Patientin eine wohlbegründete Scheu hatte. Man hatte den Eindruck, als ahnte die Patientin intuitiv, daß die Urtikaria ebenso zu verpönen wäre wie die Onanie. Nun war aber zur Zeit der geringeren Angstentfaltung die Kastrationsangst gewiß nicht außer Funktion. Sie war doch in erster Linie dafür verantwortlich, daß die genitale Erregung vom Genitale ferngehalten und der Haut zugeführt wurde. Das stellt uns vor eine neue Aufgabe:

Wie verhält sich die Kastrationsangst, die die Verdrängung der Genitalität bedingt, zur Aktualangst, die eine Folge dieser Verdrängung ist?

## *f) Befürchtung und Angstaffekt*

Unsere Untersuchung der Angstneurose hat ergeben, daß die Aktualangst nicht, wie ursprünglich angenommen wurde, unmittelbar aus der gestauten Libido durch Umwandlung hervorgeht, sondern sich als eines der vielen Symptome einer Irritation des vasovegetativen Systems ent-

wickelt. Sie unterscheidet sich qualitativ nicht von der Angst, die bei vasovegetativen Störungen anderen Ursprungs, wie z. B. bei der Angina pectoris oder bei der Nikotinvergiftung, entsteht. Dessenungeachtet ist die gestaute Libido die eigentliche Quelle der Aktualangst und der Ausdruck „libidinöse Angst“ besteht mit Rücksicht auf diese Quelle weiter zurecht. Die Besprechung des Falles mit den vasomotorischen Symptomen hat gezeigt, daß die charakterologische Sexualablehnung infolge Kastrationsangst die Libidostauung und dadurch die Aktualangst bedingt hat. Die Kastrationsangst ist das Vorbild der neurotischen Angst; das ging auch aus der Analyse der Patientin mit der hypochondrischen Angst hervor. Hier konnten wir sehen, daß der verdrängte Onaniewunsch eine ständige innere Gefahr bildete, vor der sich das Ich fürchtete. Freud hat seinerzeit den Unterschied zwischen der neurotischen Angst und der Realangst dahin formuliert, daß diese die Reaktion auf eine äußere, jene eine solche auf eine innere (Trieb-) Gefahr sei. Aus der Analyse beider Fälle ging hervor, daß die Angst vor den Gefahren, die mit einer Triebbefriedigung (der infantilen Ansicht oder Erfahrung nach: Kastrationsdrohung wegen Onanie!) verbunden sind, der Motor der Verdrängung ist. Die neurotische Angst ist also völlig analog der Realangst, und wir stehen nun vor der komplizierenden Tatsache, daß Angst das eine Mal Folge, das andere Mal Ursache der Verdrängung eines sexuellen Triebanspruches ist. Es ist also entweder etwas an unserer Auffassung der Angst nicht richtig oder man bezeichnet mit dem Ausdruck „Angst“ zwei voneinander zu unterscheidende Tatbestände.

Versuchen wir es zunächst, unsere Erklärung der Aktualangst zu revidieren. Es ist der Einwand möglich, daß auch die Angst, die die Herzneurose begleitet, nur Realangst sei. Man schätze die Bedeutung des Herzens für die Erhaltung des Lebens richtig ein und brauche nicht einmal schwerer Hypochonder zu sein, um für sein Leben zu fürchten. Dafür spräche auch das vielfach festgestellte Vernichtungsgefühl und das Gefühl der Hilflosigkeit, das den Charakter der schweren Herzangst bestimmt. Es könnte also die Angst bei der vegetativen Herzneurose die psychische Reaktion auf eine Bedrohung des Lebens sein. Gegen diese Auffassung sprechen einige wichtige Tatsachen:

*1)* Wenn dem so wäre, müßten auch die infektiöse Endokarditis und die Atemnot beim Fettherz und bei schwerer körperlicher Anstrengung,

sowie jede schwerere organische Krankheit, wie der Krebs oder die Lungentuberkulose, Angst erzeugen. Wir wissen aber, daß dies nicht der Fall ist, und kommen infolgedessen nicht um die Annahme herum, daß die Herzangst sich nur bei einer qualitativ bestimmten Form der Herzaffektion, eben bei der vegetativ bedingten einstellt.

2) Wie von physiologischer Seite festgestellt wird, tritt die typische Herzangst gelegentlich schon auf, noch bevor die Arrhythmie die Bewußtseinsschwelle erreicht. Hier kann also von einer bewußten Reaktion auf die drohende Lebensgefahr nicht gesprochen werden.

3) Meine eigenen Beobachtungen bei der Nikotinvergiftung, die ich wiederholt machen konnte, lassen keinen Zweifel darüber, daß sich im Augenblicke der Asystolie vor der Tachykardie eine Angstempfindung einstellt, die erst sekundär und nur bei längerem Bestande der intensiver werdenden Arrhythmie und Tachykardie mit dem Vorstellungsinhalt „Sterben — Tod“ erfüllt wird.

Es kann also kein Zweifel sein: Die Angst bei der Herzneurose ist Begleiterscheinung einer spezifischen Irritation der Herztätigkeit und tritt erst sekundär mit den Inhalten der Realangst in Verbindung.

Die Behauptung, daß die bei der Geburt angeblich erlebte Angst die Quelle und der Ursprung aller späteren Angst und daß die neurotischen Angstanfälle Reproduktionen des Geburtsvorganges seien, läßt sich weder durch klinische Tatsachen noch durch logische Ableitung stützen. Ist doch die Geburt nicht mehr als der erste Anlaß, bei dem es zu einer schockartigen Irritation des vasovegetativen Systems kommt. Wir erschließen bloß die Angst aus den vasomotorischen Erscheinungen am Neugeborenen, wissen aber nicht, ob es auch einen Angstaffekt erlebt. Die Angstanfälle bei Kranken haben mit der supponierten Geburtsangst nicht mehr gemeinsam als die körperlichen Erscheinungen des Angstaffekts. Die häufig vorkommenden Geburts- und Mutterleibsphantasien sind für den Angstaffekt nicht mehr spezifisch als etwa die Kastrationsbefürchtung, die Einbrecherangst oder die Todesfurcht. Die Geburtsangst könnte nur ein Spezialfall einer Mobilisierung organnarzißtischer Libido im vasovegetativen System sein und wäre dann ebenfalls Aktualangst. Es spricht jedoch alles dagegen, sie, wie Rank es tut, als Realangst aufzufassen.

Wie verhält sich nun die Aktualangst zur Angst vor einer realen (äußeren oder inneren) Gefahr? Während die Aktualangst Folge einer Irritation des vegetativen Systems ist, bedingt die Realangst selbst eine solche Irritation; man erbleicht, das „Herz steht still", man bekommt Herzklopfen, zittert, es läuft eine Gänsehaut über den Rücken, Angstschweiß bricht aus, man ist „vor Schreck gelähmt". Das ist, wie Freud öfters hervorhob, eine höchst unzweckmäßige Reaktion. Zweckvoller wäre die Abwehr der Gefahr durch eine motorische Aktion, Flucht oder Kampf. Machen wir uns klar, was den Unterschied zwischen der zweckmäßigen Reaktion durch Innervation des motorischen Systems und der unzweckmäßigen durch Innervation des vegetativen energetisch ausmacht. Der plötzliche Einbruch der schreckvollen Situation hat offenbar die Überleitung der Energie — sagen wir — des Selbsterhaltungstriebes aus dem vegetativen in das motorische System (willkürlich innervierte Muskulatur) verhindert. Halten wir die vegetative und die motorische Form der Reaktion auf eine Gefahr auseinander, so steht der Annahme nichts im Wege, daß die vegetative Reaktion einer phylogenetisch älteren Funktion des Selbsterhaltungstriebes entspricht; wir erinnern bloß an die vegetative Reaktion des Tintenfisches in der Gefahr und an das Phänomen der Mimikry als vegetativer Vorbeugungsmaßregel. Die willkürliche nervöse Funktion ist hingegen eine phylogenetisch jüngere Akquisition des sich entwickelnden tierischen Organismus. Die Fähigkeit zur vegetativen Abwehr, beziehungsweise zur autoplastisch vegetativen Vorbeugungsmaßregel ist dem Menschen wohl verloren gegangen; sie wurde jedoch in ausreichendem Maße durch seine intellektuelle Fähigkeit ersetzt, Gefahren vorauszusehen und zu vermeiden. Bricht dennoch eine Gefahr unvorhergesehen herein, so kann der Bedrohte nur mehr den primitivsten Abwehrmechanismus aktivieren, wenn es nicht mehr möglich ist, eine noch so kurze intellektuelle Überlegung bezüglich der Art der motorischen Abwehr zu treffen: Er regrediert momentan von der intellektuellen, beziehungsweise motorischen, zur vegetativen Reaktionsweise, d. h. auf die Stufe des Urnarzißmus.

Wenn unsere Auffassung richtig ist, daß wir bei der vegetativen Reaktion in der Schrecksituation mit einem Versagen der höherentwickelten und einer momentanen Regression zu primitiveren biologischen Abwehrformen zu tun haben, so muß sie sich auch zwanglos in die

Libidotheorie einfügen lassen. Die psychoanalytischen Untersuchungen der traumatischen Neurosen haben ergeben, daß diese auf dem Trauma beruhen, das die narzißtische Libido betroffen hat; nicht den sekundären Narzißmus, der bereits eine höhere Stufe der Libido darstellt, sondern den (biologischen) Urnarzißmus, der die biologische Quelle aller Arten libidinösen Strebens ist und hauptsächlich im vegetativen Organsystem verankert ist. Nun wird in jeder Gefahrsituation narzißtische Libido im Dienste der Selbsterhaltung mobilisiert. Es kommt nur auf die Art der Gefahr an, wie diese Mobilisierung erfolgt, d. h. welches Systems sich der Lebenstrieb bedient.

Es werden besetzt:

Bei realer äußerer Gefahr:

*a)* Das intellektuelle System: Vorbeugende Schutzmaßnahmen, wenn die Gefahr nicht unmittelbar bevorsteht (Polizei, Gesetze, persönliche Sicherungen).

*b)* Das motorische System: Flucht oder Abwehr bei rechtzeitiger Wahrnehmung der Gefahr.

*c)* Das vegetative System: Unzweckmäßige Innervation, wenn die Gefahr plötzlich hereinbricht (Regression zum Urnarzißmus).

Bei realer innerer Gefahr infolge des Drängens verpönter Triebansprüche:

*a)* Das intellektuelle System: Zwangsneurotische Vermeidungsmaßregeln (Zermonielle, Verbote, Gebote usw.).

*b)* Das sensomotorische System: Alle Arten hysterischer Ablenkung der Sexualerregung vom Genitale auf andere Organe („Konversion“).

Die Analogie der Abwehrformen bei der äußeren und der inneren Gefahr innerhalb des intellektuellen und des motorischen Systems leuchtet ein. Sind nun die vasovegetativen Erscheinungen infolge abgesperrter Sexualerregung und die Stauungsangst gleicherweise Analoga der biologischen Schreckreaktion? Ist die Aktualangst etwa eine biologische Reaktion auf die Bedrohung der Erhaltung der Art? Diese naheliegende Auskunft kann nicht befriedigen, denn nach allem, was wir darüber wissen, ist dem Individuum eine solche Sorge um die Unsterblichkeit des Keimplasmas nicht zuzumuten; ein individueller Trieb zur Fortpflanzung kann nicht festgestellt werden.

Prüfen wir einmal die Berechtigung der Frage nach dem psychischen Sinn der durch vegetative Irritation bedingten freiflottierenden Angst. Wir kennen die Angst als Reaktion auf eine Gefahr, wie wir die Lichtempfindung als Reaktion auf einfallende Lichtstrahlen, die Gehörsempfindung als Reaktion auf Schallwellen begreifen. Bleiben wir bei diesem Vergleich. Man hat auch Lichtempfindungen, wenn der Sehnerv durch elektrische oder thermische Reize irritiert wird. Es kann aber ebensowohl der vegetative Apparat mit Angstzeichen reagieren, wenn keine Gefahr sondern ein anderer Reiz ihn trifft, z. B. der Reiz gespeicherter Sexualenergie, die keinen anderen Ausweg findet.

Wird in der Schrecksituation narzißtische Organlibido im vegetativen System mobilisiert, so steht der Auffassung nichts im Wege, daß sie in gleicher Weise infolge anderer (im Falle der Sexualabstinenz innerer) Reize in Funktion tritt. Die Stauungsangst wäre dann ebenso „sinn"-los wie die Lichtempfindung infolge elektrischer Reizung des Sehnervs. Die Frage nach einem biologischen „Sinn" gehört nicht hierher. Damit kommen wir zur Frage nach der Herkunft des Angstaffektes.

Bei unserer hypochondrischen Patientin bestand lange vor der eigentlichen Erkrankung an der Angsthysterie eine hypochondrische Befürchtung; sie nahm den Charakter der Angst erst am Tage nach dem erregenden Inzesttraume an. Der Inhalt der Befürchtung (bewußt: sterben müssen, unbewußt: am Genitale verletzt werden) war vor- und nachher der gleiche; das einzige unterscheidende Merkmal war, daß die Sexualerregung akut erlebt und dann vom Genitale abgesperrt worden war. Der Einwand, daß durch das Akutwerden der Sexualerregung auch die Kastrationsgefahr akut wurde und so der Angstaffekt zustandekam, ist leicht zu widerlegen; denn die gleiche Gelegenheit für das Akutwerden der Kastrationsangst bestand ja auch bei der Beobachtung der Onanie ihrer Tochter, mit der sie sich identifizierte; trotzdem wurde damals kein Angstaffekt entwickelt.

Daß die Sexualerregung hier als solche ausschlaggebend war, wird auch durch anderweitige vergleichend-klinische Beobachtung des Verhältnisses zwischen Angstaffekt und libidinöser Stauung gestützt. So baut sich z. B. eine bestimmte Form der aktiven Homosexualität über der Kastrations-„Angst" auf; von einem Angstaffekt ist dabei jedoch nichts zu sehen. Woher kommt es, daß solche Kranke ihre Erektion während des Koitus, wie die Analyse der Träume unzweifelhaft ergibt, aus Angst, daß ihrem Gliede etwas ge-

schähe, verlieren, ohne Angst zu verspüren? In diesem Falle ist doch die Gefahr psychisch real, trotzdem fehlt der Affekt. Geben solche Kranke den Geschlechtsverkehr auf und verfallen sie nicht der Onanie, dauert ferner die Abstinenz längere Zeit, so kommt die Kastrationsangst als Angstaffekt zum Vorschein. — Bei Kranken mit ejaculatio praecox ist die Kastrationsangst besonders stark ausgeprägt, doch auch hier fehlt der Angstaffekt, solange die motorische Abfuhr der Erregung erfolgt, mag sie noch so inadäquat sein. Daß die Angstaffekte verschwinden, sobald die Patienten in der Analyse genitale Sensationen bekommen, daß dies möglich ist, lange bevor die Kastrationsangst überhaupt zur Aussprache kam, geschweige denn erledigt wurde, zwingt den Schluß auf, *daß die Kastrationsbefürchtung die affektive Färbung der Angst erst durch die somatische Libidostauung erlangt.*

Durch die Einführung des *Affektes der Angst* in die Diskussion räumen wir eine Schwierigkeit aus dem Wege, die sich mit dem sprachlichen Ausdruck der „Angst“ einschlich. Wir meinen offenbar nicht denselben *affektiven* Tatbestand, wenn wir sagen: „Ich habe Angst, eine gefährliche Bergtour zu unternehmen“, oder wenn wir von der Angst sprechen, die man im Augenblicke des Sturzes in eine Gletscherspalte erlebt. *Die Angst vor einer kommenden* (realen oder imaginären) *Gefahr ist eine andere als die, die im Augenblicke einer aktuellen Gefahr erlebt wird.* Dazwischen gibt es Übergänge; man kann eine kommende Gefahr sich vorstellen und erlebt sie dabei mit quantitativ geringerem, aber qualitativ gleichem Angstaffekt. Man kann sich die gleiche Gefahrsituation auch ohne den geringsten Angstaffekt vorstellen, wird aber feststellen, daß man in diesem Falle die Gefahr bloß gedacht, nicht anschaulich erlebt hat. Die weitere Selbstbeobachtung ergibt ferner, daß sich die bloße *Befürchtung* um so mehr in *Angst* verwandelt, mit anderen Worten, daß das Denken einer Gefahr um so affektbetonter wird, je weniger begrifflich es ist und je mehr Raum die anschauliche Vorstellung einnimmt. Aber auch das anschaulichste Vorstellen wird nicht imstande sein, den Angstaffekt des realen schreckhaften Erlebnisses hervorzurufen.

Anschauliches Denken einer Gefahr löst auch vasovegetative Erscheinungen aus: Man kann Herzklopfen und Angstschauer, ja Schwindel und Zittern hervorrufen und gewinnt die Überzeugung, daß die Irritation des

vasovegetativen Systems sich mit der Angst steigert. Man kann auch umgekehrt sagen, daß der Affekt, der die Befürchtung zur echten Angst macht, eine Folge der somatischen Irritation ist; sind wir doch gewohnt, die Affekte überhaupt von somatisch-biologischen Vorgängen abhängig zu denken. Ist man psychologischen Vorurteilen zugänglich, so wird man eine solche Abhängigkeit nicht zugeben und den psychischen Affekt nur Ursache somatischer Phänomene sein lassen. Das ist ja gewiß der Fall, schließt aber nicht aus, daß der Affekt selbst somatischen Ursprungs ist. Wir erinnern an die Grundannahme Freuds, daß der Affekt eine Triebmanifestation ist und daß das Unbewußte im Kern und seiner spezifischen Eigenschaft nach aus Trieben besteht. Wir wüßten keinen tragfähigen Einwand gegen diese Auffassung.

Wir kommen dem Verständnis des Angstaffektes noch näher, wenn wir uns an die besser faßbaren Phänomene des Sexualaffektes und des Zornaffektes halten, die wir ja als Äußerungen des Sexualtriebes, beziehungsweise des Destruktionstriebes, auffassen müssen.

Bei der bloßen Vorstellung einer sexuellen Handlung treten im Zustande des Unbefriedigtseins mehr oder weniger starke vasomotorische Erscheinungen, genitale Lustempfindungen und sexuelles Verlangen auf. Im Zustande des Befriedigtseins hingegen, z. B. nach einem ungestörten Geschlechtsakte, vermag die gleiche Vorstellung weder Lustempfindungen noch vasomotorische Erscheinungen auszulösen. Affektives Sexualverlangen kommt gar nicht zustande. Es bedarf einer mehr oder weniger langen Ruhepause, damit sich mit den sexuellen Vorstellungen auch ein affektives Verlangen verbinde. Der Sexualaffekt kommt auch nicht zustande, wenn man sich die Handlung sehr anschaulich vorstellt, die Phantasie ist matt und entbehrt der affektiven Tönung, ja selbst das Vorstellungsvermögen ist gering. Nun hat sich ja im psychischen Bereiche selbst nichts geändert, die Vorstellungen blieben unangetastet, bloß die somatische Quelle der Affekte ist erloschen, richtiger ausgedrückt, die somatische Spannung und mit ihr die seelische sind durch den Orgasmus auf eine sehr niedrige Potentialfläche gesunken. Vielleicht ist die Verteilung der Energie eine andere als im Zustand der genitalen Erregtheit. Erst neuerliche Konzentration der somatischen Sexualenergie auf das Genitale gibt den sexuellen Vorstellungen affektiven Wert. Ist er einmal zustande gekommen, so vermag er allerdings mit Hilfe von Vor-

stellungen auch die somatische Sensation zu steigern. Die körperliche Empfindung, die von der Empfindungswahrnehmung zu unterscheiden ist, kann ohne einen körperlichen Vorgang nicht entstehen. Auch eine halluzinierte Sensation ist nur eine umgedeutete körperliche Empfindung; das zeigten die Untersuchungen der Hypochondrie durch Freud, Ferenczi und Schilder. Die sexuelle Empfindung (Organsensation) ist also das primäre, der Sexualaffekt das von ihr abhängige sekundäre Erleben.

Das gleiche gilt für den Zornaffekt, der um so stärker ausfällt, je mehr die motorische Aktion unterdrückt wird. „Ohnmächtige Wut" ist am intensivsten. Läßt man seiner Wut freien Lauf, so verliert sich der Affekt sehr bald. Unterdrückt man sie, so bleibt die Erregung bestehen, bis sie in äquivalenten Handlungen oder durch phantasierte Tat abgebaut wird. Auf die Dauer pflegen sich aber auch Zornaffekte zu stauen und sich eruptiv, gelegentlich auch bei inadäquaten Anlässen, die motorische Abfuhr zu erzwingen. Auf die Bedeutung der somatischen Libidostauung für das Zustandekommen des Zornes und der Aggressivität überhaupt werden wir später zurückkommen. Hier ist nur wichtig, daß auch der Zornaffekt von vasomotorischen Erscheinungen, wie Herzklopfen, Vasodilatation, Störungen der Atmung usw., begleitet ist, solange er sich nicht motorisch entladen kann.

Sowohl bei der Sexualerregung als auch bei der Wut bedingt die motorische Hemmung und die Stauung der Erregung im vasovegetativen System den Affekt, während die motorische Aktion ihn durch Entlastung des autonomen Nervensystems aufhebt. Wir kommen somit zum Schlusse, daß der Affekt die psychische Manifestation einer Erregung des vasovegetativen Systems ist und daß die psychische Vorstellung allein ohne die somatische Erregung keinen Affekt erzeugen kann.

Es ist auch schwer vorstellbar, daß eine Vorstellung eine somatische Erregung ohne Zuhilfenahme des Unbewußten auszulösen imstande sein sollte. Jede Vorstellung, die im Bereiche lebenswichtiger Funktionen auftaucht, setzt libidinöse oder destruktive Triebenergien in Bereitschaft zur motorischen Entladung. Diese Triebe können offenbar nicht als Affekte bewußt werden, wenn der Körper nicht mitschwingt. Das vasovegetative System spielt dabei den Vermittler. Das gilt in gleicher Weise

für die drei wichtigsten Affekte: die sexuelle Erregtheit, die Wut und die Angst.

Welche Stellung nimmt nun die Angst in dieser Reihe als Affekt ein? Welchen Vorteil brachte uns die Erörterung des Liebes- und Haßaffektes für die Klärung des Angstproblems?

Bei der anschaulich gedachten sexuellen Tat benimmt sich der Körper so, als wäre die Tat real, d. h. es sammelt sich die vasovegetative Erregung, die als Sexualaffekt erscheint, zur motorischen Entladung. Das gleiche ist bei der Wut (beim akut gewordenen Haß) der Fall.

Unsere Patientin mit der abendlich auftretenden Erwartungsangst benahm sich so, als wäre die erwartete Situation bereits eingetreten, d. h. als täte der Vater der Mutter, mit der sie sich identifizierte, momentan etwas an. Diese Befürchtung war aber, ganz analog wie in dem Falle mit der hypochondrischen Angst, dadurch aktuell geworden, daß die seinerzeit erlebte Sexualerregung wieder auftrat, ohne als solche wahrgenommen werden zu dürfen. Von der ganzen Situation war einzig und allein die Sexualerregung wirklich real. Die Annahme, daß die Kastrationsangst allein genügt, um einen Angstaffekt zu erzeugen, ist unvollständig. Die Befürchtung, durch den Sexualakt verletzt zu werden, hätte ja sonst bei jedem Geschlechtsakt mit ihrem Gatten hervortreten müssen; daß das nicht geschah, kann nur darauf zurückzuführen sein, daß die körperliche Erregung fehlte. Als weiteren Beweis dafür führen wir an, daß im Falle einer masochistischen Selbstbeschädigung, also in einer Situation, in der gewiß die Integrität des Körpers oder Lebens gefährdet ist, der Angstaffekt fehlt. Unsere nymphomane Patientin hatte keine Spur von Angst, wenn sie sich mit dem Messer schwere Verletzungen beibrachte, glaubte aber vor Angst verrückt werden zu müssen, wenn sie nicht zur Befriedigung gelangte. Es ergibt sich somit der Schluß, daß der vegetativ bedingte psychische Affekt an sich unspezifisch ist und immer nur dann als Angstaffekt erscheint, wenn weder die libidinöse noch die destruktive Motorik frei ist.

In Anbetracht dieser Tatbestände erscheint die seelische Angst als eine komplexe Bildung, deren zwei Grundelemente die Erwartung einer Gefahr (Erwartungsangst — Furcht) und eine körperliche Sensation (Angstaffekt) sind. Die Furcht vor einer Gefahr setzt narzißtische Besetzung des Ichs, der Angstaffekt gesperrte libidinöse und

destruktive Motorik voraus. Man müßte nichts fürchten, wenn man sicher wäre, daß man seinen Destruktionstrieb am gefahrbringenden Objekt wüten lassen könnte; man hätte keinen Angstaffekt, wenn nicht die Energie des Lebenstriebes den primitiven Lebensapparat, das vasovegetative System, in Aktion setzte wie vor Urzeiten. Die Angst als biologisches Phänomen steht zufolge dieser Beziehungen zu den Grundtrieben, ebenso wie die Sexuallust, jenseits der Möglichkeit begriffen zu werden.

---

# V

# Psychoneurotische Schicksale der Genitallibido

Bei der Angstneurose und der Angsthysterie hat die genitale Erregung kein anderes Schicksal als das der Abwehr und der Sperrung der genitalen Motorik erfahren. Die genitale Energie selbst blieb als solche bestehen. Weder die Aktualangst noch die Kastrationsbefürchtung, mögen sie nun als Katastrophenangst, hypochondrische oder gegenständliche Angst zum Vorschein kommen, sind neurotische Symptome im dynamischen Sinne. Freuds Definition des neurotischen Symptoms hebt den Tatbestand hervor, daß es eine Neubildung darstellt, die als Kompromiß aus dem Konflikte zwischen verdrängtem Trieb und verdrängender moralischer Instanz, also als eine pathologische Konfliktlösung hervorgegangen ist. Das trifft weder für die Aktualangst zu, die bloß an Stelle des Sexualaffektes auftritt, noch für die Kastrationsbefürchtung des Ichs. Solange im Bilde einer Neurose die Angst überwiegt, ist keinerlei Konfliktlösung gefunden worden. Das ist erst dann der Fall, wenn umschriebene konversionshysterische oder zwangsneurotische Symptome auftreten, die die Angst ablösen oder zumindest verringern. Dieser Tatbestand bedeutet, wie Freud es nannte, eine „Bindung der neurotischen Angst". Davon überzeugt man sich fast in jedem Falle, dessen Symptome in der Analyse aufgelöst werden; gelangt nämlich die entsprechende Triebkraft nicht unmittelbar darauf zur Befriedigung oder Sublimierung, so tritt zunächst Angst auf. So bekommen Zwangsneurotiker Angst, wenn sie ihre Zwangshandlungen unterdrücken. Verschwindet z. B. das hysterische Erbrechen aus Gründen der Übertragung, so treten an dessen Stelle Angstzustände und Angstträume auf, die zumeist Vergewaltigungsideen zum Inhalte haben. Ebenso tritt Angst auf, wenn triebhafte Charaktere ihre sadistischen Impulse unterdrücken oder wenn Homosexuelle zu masturbieren aufhören. Die freiwerdende

Angst hat immer sowohl den Charakter der Triebabwehr als auch den des aktualneurotischen Angstaffekts.

Die Angst tritt also an Stelle der gehemmten Sexualerregung auf und kann ihrerseits durch andere Symptome ersetzt werden; in jedem Falle kommt ein Plus an seelischer Funktion zustande, dem ein Minus an anderer Stelle entspricht. Unter den Symptomen einer Neurose im deskriptiven Sinne muß man daher unterscheiden:

*a)* Die Plusfunktionen: das sind die neurotischen Symptome im dynamischen Sinne Freuds und die Angst; sie stören das seelische Gleichgewicht durch Absorption psychischer Energie, sind subjektiv quälend und sozial wie biologisch unnötig.

*b)* Die Funktionshemmungen oder Minusfunktionen: das sind diejenigen Symptome einer Neurose, die nicht Kompromißbildungen sondern bloß Defekte der normalen Funktionen darstellen und durch den Energieverbrauch in den unzweckmäßigen Plusfunktionen zustandekommen. Hier zeigt sich erst der heuristische Wert der von Freud angenommenen „Konstanz der psychischen Energie". Der Zwangsgrübler klagt gleichzeitig über Denkunfähigkeit im Beruf; die Energie, die von einer Platzangst verbraucht wird, fehlt gewiß an irgendeiner wichtigen Stelle der sozialen Beziehungen zu Menschen und in der Liebesfunktion; wer sich minderwertig fühlt und tatsächlich, eben wegen seines Minderwertigkeitsgefühls, wenig leistet, verbraucht die Energie, die ihm das Gefühl der Minderwertigkeit ohneweiters nehmen könnte, wenn sie frei wäre, in seinen ehrgeizigen und sexuellen Tagträumen. Die Störungen der Genitalfunktion stellen sämtlich Funktionshemmungen dar; sie sind (mit Ausnahme des Vaginismus) nicht Symptome im dynamischen Sinne, d. h. sie entsprechen nicht der verstellten Befriedigung einer libidinösen Triebregung.

Wir haben somit in diesem Abschnitt die Aufgabe aufzuzeigen, welchen anderen Ausweg die gestaute Libido hat, wenn sie nicht als Angstaffekt zum Vorschein kommt. Wir beschränken uns auf knappe Darstellung der hysterischen und der zwangsneurotischen Impotenz und werden bloß die genitale Asthenie der chronischen Neurasthenie ausführlich zu besprechen haben.

### 1) *Konversionssymptom und hysterische Impotenz*

Unter „Konversion“ versteht man nach Freud den Vorgang, daß „psychische Affektbeträge zur abnormen Innervation von Organen abgelenkt werden“. In der hysterischen „Organsprache“ drücken sich ferner seelische Wunschvorstellungen aus. Unsere Untersuchungsergebnisse zwingen aber auch den Schluß auf, daß ein „Sprung vom Seelischen ins Körperliche“ gar nicht angenommen werden muß. Bedenkt man, daß die somatische Libido durch psychisches Sexualinteresse jeweils oder dauernd auf die eine oder die andere erogene Zone konzentriert werden kann und daß die Hysterie reichlich über gestaute Libido verfügt, so muß angenommen werden, daß die Konversionssymptome so entstehen, daß psychisches Interesse vom Genitale auf das betreffende Organ abgelenkt und dadurch, wie man das für die Hypochondrie annimmt, auch somatische Libido am Orte der Konversion angehäuft wird. Der Gesunde kann keine Konversionssymptome erzeugen, weil sein libidinöses Interesse genital gerichtet ist und er über keine gestaute Libido verfügt.

Es gibt in Wirklichkeit keine Konversionshysterie ohne eine mehr oder minder starke angsthysterische Beimischung. Gelingt es doch gerade den genital so stark betonten Hysterikern nicht, den ganzen Betrag an genitaler Libido symptomatisch zu erledigen. Der ungebundene Restbetrag erscheint als Angst im Sinne der Abwehr- und der Stauungsangst. Im Konversionssymptom hingegen überwiegt der Befriedigungscharakter gegenüber der Abwehr wie z. B. bei der Urtikaria unserer zuletzt geschilderten Patientin oder beim *arc de cercle*. In den meisten Konversionssymptomen liegt freilich nur ein Befriedigungsersatz, eine inadäquate motorische Abfuhr vor; von einer Befriedigung im Sinne der Sexualempfindung kann nicht gesprochen werden, weil ja das Zustandekommen der Lustempfindung an die Bereitschaft des bewußten Ichs sie wahrzunehmen gebunden ist. Die genitale Energie, die sonst die Erregung des Genitales bedingt, wird zu krankhafter Innervation anderer Organe verwendet. Die entsprechende Wunschvorstellung, die ebensowenig bewußt werden darf wie die genitale Empfindung, bestimmt die Wahl des Organs. Es sind in erster Linie genitale Begehrungsvorstellungen, die in der hysterischen „Organsprache“ ausgedrückt werden.

Der Konversionsprozeß kann sich an allen Organen abspielen, pflegt jedoch mit Vorliebe diejenigen zu erfassen, die sich durch eine besondere Erogenität oder durch ihren genitalsymbolischen Wert (Körperöffnungen und -vorsprünge) sowie durch assoziative Beziehung zur genitalen Funktion (z. B. Bauch — Schwangerschaft) zur Darstellung genitaler Wünsche besonders gut eignen.

Es ist für die allgemeine Tendenz der Neurose zur Ausschaltung des Genitalapparates aus dem bewußten Vorstellungsbereich bezeichnend, daß sich die wenigsten Konversionsprozesse am Genitale selbst abspielen. Hier erscheinen zunächst alle diejenigen Formen der hysterischen Impotenz, die bloß Funktionshemmungen und nicht Symptome im dynamischen Sinne sind. Das wichtigste Konversionssymptom am Genitale selbst ist der Vaginismus, ferner die psychogene Dysmenorrhöe. Die psychogene Amenorrhöe und Sterilität[1] sind bloß Funktionshemmungen, sofern sie unmittelbarer Ausdruck der Kastrationsangst oder des Männlichkeitswunsches sind. Doch kann die Amenorrhöe gelegentlich auch einer Schwangerschaftsphantasie entsprechen. In Analysen mancher hysterischen Frauen, die Onaniewünsche stark verdrängten, tritt vor deren Bewußtwerden ein juckendes Ekzem am Genitale auf. Es ist schwer zu entscheiden, ob hier ein Konversionsprozeß vorliegt oder ob das Ekzem bloß durch Onanie im Schlafe hervorgerufen wurde. Viele Einzelheiten im Auftreten und Verschwinden sprechen für die erstgenannte Möglichkeit. Das Jucken gibt einen Vorwand ab, das Genitale zu kratzen, ohne daß sich die Kranke des eigentlichen Sinnes ihrer Handlung bewußt zu werden braucht.

So bekam eine Patientin ein Ekzem am Genitale, ohne zu onanieren, auch am Tage, so oft sie ihre bewußten Onaniewünsche nicht zur Tat werden ließ. Es hatte den Anschein, als wollte sich der Trieb die Befriedigung auf diese Weise erzwingen.

Als Beispiel einer psychogenen Amenorrhöe mit dem Inhalt einer phantasierten Schwangerschaft nenne ich eine neunzehnjährige Patientin, deren Menses durch neun Monate ausblieben, als die Mutter starb. Sie unternahm gleich nach deren Tod mit ihrem Vater eine Reise und vergaß dabei ihre Monatsbinden einzupacken; ein deutlicher Beweis ihrer unbewußten Absicht, keine Menstruation, d. h. ein Kind zu bekommen.

1) Vgl. Eisler: Hysterische Erscheinungen am Uterus, und Feldmann: Graviditätsneurosen. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse IX (1923).

Im Gegensatze zur genitalen Region sind die orale und die anale Zone sowie die Haut Domänen des Konversionsprozesses. Zur oralen Zone gehören auch Organe, die nicht anatomisch sondern assoziativ zusammenhängen: Mundhöhle, Larynx, Pharynx, Magen, Bronchien, Nase, ferner Gesichtshaut, Schädel und Brüste. Die entsprechenden Konversionssymptome sind: Das hysterische Erbrechen (abgeschwächt Ekel vor dem Essen überhaupt oder nur vor bestimmten Speisen), der globus hystericus, der sogenannte funktionelle Pylorospasmus, das Asthma bronchiale nervosum, der Mutismus und die hysterische Aphonie, das Erröten der Erythrophobie, manche Formen der Kephalie.

Im Bereiche der analen Zone sind die typischsten Symptome die hysterische Obstipation (zumeist infolge einer Schwangerschaftsphantasie) und (seltener) die Diarrhöe als Ausdruck der Genitalangst. Den Unterschied ihrer psychischen Gehalte gegenüber denen der Darmsymptome bei der chronischen Neurasthenie habe ich in meiner Arbeit über „Die chronische hypochondrische Neurasthenie" (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 1926) eingehend besprochen.

An der Haut und ihren Anhangsorganen sind vor allem die psychogene Urtikaria und das krankhafte Erröten als Konversionssymptome zu nennen. Wir erinnern an die psychischen Mechanismen, die die Urtikaria bei der Patientin mit den hypochondrischen Befürchtungen bedingten, und fügen ein weiteres Beispiel an:

Ein sechsundzwanzigjähriger Mann stand wegen hochgradigen Errötens und Angst in analytischer Behandlung. Wie bei jeder Erythrophobie wirkte auch hier aufs Gesicht verschobene Genitalität und Kastrationsangst zentral. Eines Tages — die Analyse hatte am Vortage das Thema der Angst um das Glied gestreift — blieb der Patient aus. Am nächsten Tage erzählte er Folgendes: Er hatte am Vortage gerade die Wohnung verlassen wollen, um in die Analyse zu gehen, als ihm auf der Oberlippe eine riesige juckende Urtikariaquaddel („Blase") auflief; bald darauf erschienen urtikarielle, scharf abgegrenzte und rot umrandete Blasen auch auf dem Handrücken und der Penis schwoll an: er wurde „riesig groß und ganz schwammig und weich". Er hatte sich vor der Sitzung, in der, wie er vermutete, seine Onanie und die Gliedangst besprochen werden würde, gefürchtet und hatte sich nicht entschließen können hinzugehen. Das Unbewußte kam ihm entgegen, nicht ohne sich dabei zu verraten. Das Schwammigwerden des Penis drückte den gefürchteten Ruin der Potenz (er hatte auch Impotenzangst), das Riesiggroß-Werden seine exhibitionistischen Tendenzen aus.

Andere Erscheinungen an der Haut, vor allem die Symptome, die auch bei der Angstneurose auftreten, wie Schwitzen, Erbleichen, Erröten usw. können, müssen aber nicht konversionshysterischer Natur sein, d. h. sie sind nicht immer von unbewußten Vorstellungen erfüllt.

Im Bereiche der Muskulatur sind bekannte Konversionssymptome der psychogene Tic, der ein Onanieäquivalent ist (Stekel, Ferenczi, Reich, Deutsch, Kovács), die Astasie und Abasie, über die noch wenig bekannt ist, und der *arc de cercle*, der den Koitus selbst darstellt.

Bei der Analyse derjenigen Konversionssymptome, die sich an der analen oder oralen Zone abspielen, zeigt es sich, daß Mund, Rachen, Luftröhre, Darm, Kotsäule usw. im Unbewußten die Bedeutung des Genitales, beziehungsweise einzelne seiner Funktionen übernommen haben (Freud, Ferenczi, Abraham). Die Wahl der Organe war jedoch bedingt durch ihre eigene Erogenität, die die vom Genitale abgedrängte Erregung an sich zog, so daß es schließlich zu einer Mischung kam. Man kann in solchen Fällen von einer oral-genitalen, beziehungsweise anal-genitalen Triebmischung sprechen. In der analytischen Therapie der Potenzstörungen kommt es wesentlich auf die Entmischung, beziehungsweise auf das Herauskristallisieren der genitalen Antriebe an. Mit dieser Triebmischung ist eine partielle Regression zu prägenitalen Stufen der Libido einhergegangen, doch wurde die genitale Stellung, der genitale Wunsch, nie aufgegeben.

*

Die Hemmungen der genitalen Funktion bei der Angst- und Konversionshysterie kommen durch die beschriebene Form der Abdrängung des libidinösen Interesses vom Genitale zustande und ihre dynamischen Beziehungen zu den hysterischen Symptomen bringen es mit sich, daß die verschiedenen hysterischen Hemmungen der Genitalität eine bestimmte Form bewahren; sie stehen im Zeichen deutlich erkennbarer und (im Gegensatz zur Zwangsneurose) unmittelbar wirkender Kastrationsangst. Als typisch hysterische Formen der Impotenz[1] sind zu nennen:

*1)* Bei beiden Geschlechtern neurotische Abstinenz infolge bewußter oder gut kenntlicher unbewußter Sexualangst oder -scheu.

---

1) Der Einfachheit halber bezeichnen wir die männliche und die weibliche Sexualstörung als Impotenz.

Die neurotische Abstinenz ist als eine besondere Form der Impotenz zu betrachten, weil erfahrungsgemäß die Störung der Genitalität früher oder später hervortritt, wenn sich Hysteriker, die lange sexuell abstinent lebten, zum Koitus entschließen. Es kommt überaus häufig vor, daß der Kranke seine Neurose erst wahrnimmt oder diese sich erst dann ganz entfaltet, wenn er die Abstinenz aufgibt und der erste Versuch mißlingt, oder wenn er beim ersten Sexualerlebnis eine schwere Enttäuschung erleidet. Jenes kommt häufiger bei Männern, dieses häufiger bei Frauen vor. Bei Mädchen werden gewöhnlich alle Versuche, zum Sexualobjekt vorzudringen, von kulturellen Hemmungen unterbunden, die sich zu den inneren, durch die infantilen Versagungen bedingten Hemmungen hinzuaddieren; sie erkranken dann während oder bald nach der Pubertät; oder sie ertragen zunächst die Versagungen und erkranken, sobald sie heiraten und die Abstinenz aufgeben sollen, an der inneren Versagung.

Männer geben zumeist spontan Impotenzangst als Motiv der Abstinenz an. Mädchen, die aus einem Milieu stammen, das unter dem Drucke starker Sexualverdrängungen steht (z. B. aus konservativen Beamten- und Kleinbürgerfamilien), sind sich nur selten ihrer Sexualscheu und fast nie des Zusammenhanges mit der Neurose bewußt. Gelegentlich erfährt man auf die Frage nach dem Sexualleben, daß sie an einer unglücklichen Liebe leiden oder daß der Freund so „tierisch“ sei und „Ungebührliches“ fordere, daß das „aber“ mit ihrem Leiden nichts zu tun hätte. Wir werden später zeigen, wie wesensverwandt die Impotenzangst des Mannes und die Sexualscheu der Frau sind.

Die Abstinenz ist nicht immer leicht als neurotisch zu erkennen. Es werden die glaubwürdigsten ebenso wie die unwahrscheinlichsten Rationalisierungen für die Abstinenz vorgebracht. So geben Männer an, keine Gelegenheit oder kein Geld zu besitzen, um zum Koitus zu gelangen, oder von Beruf und Sorgen so in Anspruch genommen zu sein, daß sie gar nicht dazu kämen, an „derartiges“ zu denken; oder es werden ethische und religiöse Motive vorgeschützt. Angst vor venerischer Infektion ist eine der häufigsten neurotischen Rationalisierungen der Abstinenz. Manche Patienten geben als Grund ihrer Abstinenz an, daß sie sich aus materiellen Gründen keine Kinder leisten dürften; daß es sich nur um eine Rationalisierung handelt, geht allein daraus hervor,

daß im allgemeinen Menschen, die von den Präventivmitteln keine Kenntnis haben, den coitus interruptus ausüben.

Die dauernde Abstinenz junger Witwen ist zumeist neurotisch; sie können ein neues Sexualobjekt nicht finden, weil sie entweder dem Verstorbenen gegenüber ein großes Schuldgefühl haben oder zu sehr an ihn fixiert sind. Ein Kennzeichen psychischer Gesundheit ist, daß die Trauer, die nach Freud und Abraham die Aufgabe hat, die Überwindung des erlittenen Verlustes herbeizuführen, sich früher oder später verliert.

Wir sprachen bisher nur von der Abstinenz, die den Geschlechtsverkehr betrifft. Totale Abstinenz, die jede Art unmittelbarer Sexualbefriedigung ausschließt, ist nur selten anzutreffen. Man muß auf Grund der Erfahrungen, die man bei der Analyse von Patienten macht, die angaben, total abstinent zu leben, sehr mißtrauisch gegen solche anamnestische Angaben sein. Die Patienten pflegen autoerotische Befriedigungen entweder zu verschweigen oder sich ihrer gar nicht bewußt zu sein, wenn sie in mehr oder minder verstellter Form erzielt werden. Hieher gehören alle Formen der „larvierten" genitalen und extragenitalen Onanie und die „Onanieäquivalente" (Ferenczi).

*2)* Bei Männern:

*a)* Fakultative oder partielle erektive Impotenz: Schwinden oder Nichtzustandekommen der Erektion vor dem Akte. Die spontane Erektionsfähigkeit bei der Onanie oder anläßlich onanistischer Phantasien ist gewöhnlich nicht gestört.

*b)* Die leichte Form der ejaculatio praecox (ej. pr. der genitalen Stufe): Die Ejakulation erfolgt bei guter oder unvollständiger Erektion aus Angst knapp vor oder sehr bald nach der Immissio.

*c)* Stark herabgesetzte orgastische Potenz in allen Fällen.

*3)* Bei Frauen:

*a)* Die vaginale Anästhesie oder Hypästhesie.

*b)* Totale orgastische Impotenz in jedem Falle.

Hysterische Frauen sind im Gegensatze zu zwangsneurotischen niemals frigid, d. h. völlig unerregbar, sondern im Gegenteil infolge der Genitalisierung des Körpers mit Ausnahme des Genitales sexuell überempfindlich. Die hysterischen Stigmata (Ovarie, Empfindlichkeit der Mammae usw.) zeigen in der Analyse keinen psychischen Sinn, sondern sind unmittel-

barer Ausdruck der verschobenen genitalen Sensibilität (Ferenczi). Bei manchen weiblichen Hysterien ist die Klitoris überaus leicht erregbar, so daß die leiseste Berührung orgasmusähnliche Empfindungen hervorruft; das pflegt den Arzt und die Patientin leicht über die orgastische Impotenz hinwegzutäuschen; es liegt auf der Hand, daß diese kurzschlußartige Erregung ebensowenig den ökonomischen Wert eines normalen Orgasmus hat wie die Erregung bei der ejaculatio praecox. Beim Geschlechtsverkehr sind solche Frauen gewöhnlich ängstlich und vaginal unempfindlich.

### *2) Die zwangsneurotische Impotenz*

Es würde den Rahmen dieser Untersuchung sprengen, wollten wir hier zeigen, welchen Einfluß die somatische Libidostauung und die Stauungsangst auf die Gestaltung des zwangsneurotischen Charakters hat. Hier genüge der Hinweis auf die Untersuchungen Freuds über die Charaktereigenheiten des Zwangskranken; sie erweisen sich fast durchwegs als Schutzmaßnahmen, und zwar nicht nur, wie die hysterischen, als solche gegen die Befriedigung sondern auch gegen die Angst selbst, die aus der gestauten Sexualenergie ihre Kraft bezieht. Durch die Zwangssymptome wird neurotische Angst „gebunden" (Freud) und die Stauungsangst tritt sofort auf, wenn die wichtigsten Zwangsmaßnahmen bewußt unterdrückt werden. Die Zwangssymptome sind also Plusfunktionen wie die hysterischen, nur spielen sie sich vorwiegend auf intellektuellem (gedanklichem) Gebiete ab. Ihre Energie beziehen sie wie die hysterischen aus der gestauten Libido. Es gilt hier nur nachzuweisen, daß die Zwangskranken tatsächlich über gestaute Libido verfügen, und zu untersuchen, wodurch sich die zwangsneurotische Impotenz von der hysterischen unterscheidet.

Der Zwangscharakter hat nicht, wie der hysterische, den genitalen Konflikt beibehalten, sondern er wich ihm durch Regression auf die analsadistische Entwicklungsstufe der Libido aus (Freud). Er hat an die Stelle der genitalen Ersatzbefriedigungen anale gesetzt und sich sogar vor diesen durch energische anale Reaktionsbildungen geschützt (Übertriebener Ordnungs- und Reinlichkeitssinn, anale Zeremonielle usw.). Der Sadismus hingegen wurde unter anderem zu einem Mittel, die „genitale Gefahr" abzuwehren.

Zur Illustration des Gesagten diene ein Ausschnitt aus der Analyse eines Falles zwangsneurotischen Charakters mit chronischer Depression.

Eine zweiunddreißigjährige Frau, Virgo, mit strengen, männlichen Gesichtszügen und herbem, das Weibliche verneinendem Auftreten und Gehaben, suchte die Analyse auf, um von ihren Angstzuständen befreit zu werden, die vor kurzem aufgetreten waren. Für das Pathologische ihres Charakters, daß sie nämlich keiner Freude zugänglich war, bestand keine Krankheitseinsicht, obgleich sie schwer darunter litt; sie trug es als Schicksal. — Vor kurzem hatte sie einen jungen Mann kennen gelernt, den sie plötzlich sehr zu hassen begann, zuerst ohne zu wissen warum; später rationalisierte sie den Haß mit allerlei herbeigezogenen Motiven. Ihr war von selbst aufgefallen, daß sie ihn dann am meisten haßte, wenn er lieb und freundlich zu ihr war. Allmählich trat heftige Angst auf, sobald sie ihn erblickte; darauf reagierte sie mit einer enormen Verstärkung der Haßregungen und sadistischen Phantasien. Es zeigte sich sehr bald, daß sie sich in den Mann verliebt hatte, ohne es wahrhaben zu wollen, und die Verliebtheit durch forcierten Haß zu entkräften versuchte. Wie in einem Zirkel verstärkten einander der Haß und die Angst, die sie von da ab eine Zeit lang abwechselnd beherrschten, bis sich schließlich eine schwere Depression einstellte. In den Depressionszuständen mußte sie sehr viel essen. In einem solchen Phase während der Analyse träumte sie einmal, daß sie gierig Würstel verschlinge. Bewußt phantasierte sie, daß sie den Mann zu Brei zertrete und mit dem Schuhabsatz sein Glied zerquetsche. Als sie in der Analyse das Wesen ihrer Angst erkannte, verlor sich die Angst samt den sadistischen Phantasien; sie übertrug jedoch ihre Verliebtheit auf den Analytiker und wehrte sie in der gleichen Weise ab, indem sie ihn zu hassen und viel zu essen anfing. Angst trat nicht auf. Schließlich brach sie die Analyse mit der Begründung ab, sie hätte das Gewünschte erreicht, sie sei in den Mann nicht mehr verliebt, habe daher auch nichts mehr zu fürchten und brauche die Analyse nicht. Meine Erklärung, daß sie die Flucht ergreife, hatte keinen Erfolg.

Die akute Verliebtheit dieser Patientin entsprach einem hysteriformen Vorstoß der Libido zu genitalen Triebzielen und zum heterosexuellen Objekt. Sie lehnte den Triebanspruch hysteriform ab: sie produzierte zunächst Angst (Stauungs- plus Abwehrangst). Der forcierte Haß und die sadistischen Phantasien, die mit der Angst alternierten, entsprachen akuter Flucht in die sadistische Position der Zwangsneurose mit aggressiver Abwehr (nicht des Triebes sondern) des gefahrbringenden Objektes. Diese aggressive Abwehr der genitalen Gefahr setzte sich auf der oralen Stufe in Form des oralen Vernichtens des gefahrbringenden

Penis fort. Diesem unbewußten Vorgang entsprachen die Depressionszustände. Die Flucht vor den genitalen Ansprüchen mit aggressiver Abwehr des Objektes, das die genitalen Wünsche weckt, ist eine der spezifisch zwangsneurotischen Reaktionen auf die „genitale Gefahr". Diese Reaktionsweise fehlt in keinem Falle zwangsneurotischer Erkrankung, nur findet man sie das eine Mal als Charaktereigenheiten, das andere Mal in Symptomen wirkend vor.

Während normalerweise die Aggressivität sich beim Manne in den Dienst seiner phallischen Libido stellt, hat sich dieses Verhältnis beim Zwangskranken umgekekrt: Die Genitalität ist in den Dienst der Destruktionstriebe getreten, der Phallus hat aufgehört, Vermittler der genitalen Liebe und Lust zu sein und wurde (im Extrem) zur Mordwaffe. Die Kohabitation bedeutet für den aggressiven männlichen Zwangscharakter in erster Linie Durchbohren oder Erstechen der Frau. Die Resultate dieser pathologischen Einstellung sind verschieden je nach der sonstigen Charaktergestaltung des Betreffenden:

*a)* Abstinenz auf Grund asketischer Ideologie: Die Rationalisierungen lauten typischerweise, der Geschlechtsakt sei schmutzig (anal) und tierisch (sadistisch). Der phallische Sadismus kommt als Hypermoral, die Analität als Hyperästhetizismus zum Vorschein. In der Analyse bricht freilich diese Ideologie zusammen, sobald sich die Kastrationsangst wieder zeigt. Der Geschlechtsakt wurde bloß nach dem Prinzip der sauren Trauben abgelehnt.

*b)* Erektive Impotenz: Sie kommt bei Zwangsneurotikern nicht allzuhäufig vor, hat jedoch hier einen spezifisch anderen Sinn als bei der Hysterie. Bei dieser versagt die Erektion nur aus Kastrationsangst, dort handelt es sich um ein „Tabu der Erektion", um das Vermeiden eines unbewußt phantasierten Mordes mittels der Mordwaffe „Phallus". Das zeigt sich sowohl in einzelnen Symptomen wie auch in Träumen und Phantasien. Solche Kranke wählen mit Vorliebe Schuß- und Stichwaffen als Symbole für das Genitale, in den sexuellen Tagträumen fehlt nie die Idee der aktiven Vergewaltigung des sich sträubenden Weibes. Die sadistischen Impulse gelten entweder dem Weibe (der Mutter) selbst oder sie sind bloß vom Manne (Vater) herübergetragen. Geht mit der zwangsneurotischen Regression eine stärkere Wendung vom Weibe

zum Manne einher, so hat der phallisch-sadistische Impuls auch den Sinn einer homosexuellen Aggression.[1]

Die Etappen der Entwicklung dieser zwei Formen der zwangsneurotischen Impotenz sind die: (auf der hysterischen Stufe) Inzestwunsch und Vaterhaß, deshalb Kastrationsangst vor dem Vater — Flucht auf die analsadistische Stufe — hier Abwehr der Kastrationsgefahr durch (anal-) sadistische Aggression gegen den Vater, was immer im Kern (phallische) Kastration des Vaters bedeutet — Angst wegen dieses Attentats bestraft (kastriert) zu werden — neuerliche sadistische Abwehr der Gefahr — schließlich mächtige Verdrängung und Reaktionsbildung gegen die phallische Aggression durch Introjektion des verbietenden und strafenden Vaters — Verwandlung der Angst vor dem Vater in Schuldgefühl (Angst des Ichs vor dem Über-Ich). Bei der Zwangsneurose gelangt man analytisch zur Kastrationsangst gewöhnlich erst nach der Aufdeckung des analen und des phallischen Sadismus und nach der Beseitigung der Rationalisierungen für die Verachtung der Sexualität; bei der Hysterie liegt die Kastrationsangst oberflächlich.

*c)* Die dritte, neben der Askese häufigste Form zwangsneurotischer Impotenz ist die außerordentlich stark herabgesetzte orgastische Potenz bei guter erektiver und ejakulativer Potenz. Die Potenzstörung dieser Kranken pflegt wegen der gut funktionierenden Erektion leicht übersehen zu werden. Solche Fälle wurden mir als Einwand gegen meine Aussage entgegengehalten, daß es keine Neurose ohne Störungen der Genitalfunktion gibt. Man braucht aber bloß genau nach den Sexualempfindungen beim Akte zu fragen oder die Einstellung zum Sexualakte überhaupt zu analysieren und wird sich überzeugen, daß schwere Störungen vorliegen, die die Libidostauung erzeugen.

Der Akt ist z. B. für manchen gewissenhaften Zwangsneurotiker eine Pflicht seiner Gattin gegenüber, wobei er mühsam sein Impotenzgefühl niederringt. Ein solcher Kranker mußte den ganzen Tag, an dem seinem System nach ein Koitus fällig war, denken: „Heute muß ich verkehren, ich darf es nicht vergessen." Ein anderer verkehrte häufig bloß, um sich im Koitus „zu üben". Nach einigen lustlosen Friktionen

1) So litt z. B. ein angeblich aus religiösen und ethischen Motiven abstinent lebender Zwangsneurotiker unter dem Impuls, seinem Freunde, mit dem er in einem Zimmer schlief, das „Messer in den Rücken zu stechen".

hörte er auf; hatte er sich doch überzeugt, daß er „potent" sei. Auf diese Weise übte er den Geschlechtsakt bereits seit zwei Jahrzehnten und hatte neben seiner Pseudopotenz und der Zwangsneurose die typischen Symptome der akuten Neurasthenie.

Allen solchen Fällen ist der psychische Libidomangel gemeinsam (psychische An- oder Hypästhesie), die gewöhnlich mit einer mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen Penisanästhesie einhergeht. Die sogenannte „kalte Erektion" kommt bei Zwangsneurotikern sehr häufig vor; sie zeichnet sich durch den Mangel des spezifischen Gefühls der Spannungslust aus. Solche Kranke bekommen die Ejakulation gar nicht oder nur sehr schwer. Neben der Penisanästhesie spielt bei der ejaculatio retardata auch die anale Tendenz, den Samen zurückzuhalten, eine entscheidende Rolle (Ferenczi).

Die orgastische Impotenz der erektiv potenten Zwangsneurotiker ist leicht zu erkennen. Der Zwangsgrübler denkt während des Aktes an seine Probleme; der mit einem Zählzwang Behaftete zählt die Friktionen; der unter Zeremoniellen Leidende ist ängstlich bestrebt, auch beim Geschlechtsverkehr eine bestimmte Ordnung einzuhalten, oder er fürchtet ein Detail seines Schlafzeremoniells vernachlässigt zu haben. Die Lustempfindungen, die von vornherein gering sind, nehmen während der Ejakulation kaum an Intensität zu oder die Ejakulation bleibt aus. Nach dem Akte stellen sich schwere Mattigkeit, Schuldgefühle, Überdruß und Ekelempfindungen ein.

In manchen Fällen ist die Penishypästhesie mit einer ejaculatio praecox verbunden. Überaus häufig stellt sich beim zwangsneurotischen Charakter Krankheitseinsicht erst dann ein, wenn die Zwangssysteme trotz aller Erweiterung nicht genügen, der Libidostauung Herr zu werden, und infolgedessen Stauungsangst frei wird oder neurasthenische Ermüdungszustände, Kopfschmerz, Arbeitsstörungen, Schlaflosigkeit usw. sich einstellen.

Nicht selten setzt die zwangsneurotische Abstinenz nach einem Fiasko in Form erektiver oder ejakulativer Impotenz ein. Dann ist der Zweck der Abstinenz, nämlich das Hinwegtäuschen über die Impotenzgefühle, nicht zu verkennen. Im Gegensatze zur Hysterie und chronischen Neurasthenie pflegen Zwangsneurotiker ihre Impotenz nicht zu beachten, gering einzuschätzen oder trotz deutlicher Beweise nicht wahrhaben zu

wollen. Allerdings kommt das verdrängte Impotenzgefühl sehr bald als allgemeines Minderwertigkeitsgefühl zum Vorschein. Das Nichtwahrnehmen und das Kompensieren der Impotenz haben manche Zwangsneurotiker mit genitalnarzißtischen Charakteren gemeinsam.

*

Während der männliche zwangsneurotische Charakter (im Gegensatze zum männlichen Hysteriker) männlich aktiv geblieben ist und der weibliche hysterische Charakter die feminine Haltung bewahrt hat, ist der weibliche Zwangscharakter in der Hauptsache männlich-aggressiv.[1] Die Erklärung dafür liefert die Analyse der zwangsneurotischen Form der Frigidität, die um so vollständiger ist, je ausgesprochener der Zwangscharakter ist. Der Wunsch einen Penis zu besitzen äußert sich nicht bloß in sexuellen Besonderheiten und in der Phantasie wie beim hysterischen Charakter, sondern er hat auch den Charakter im Sinne der Vermännlichung des Ichs beeinflußt: Die Kranke hat nicht nur den Wunsch ein Mann zu sein, sondern es gelang ihr auch, sich ohne Anstrengung männlich zu benehmen und männliche Ideale zu erfüllen. Die Vateridentifizierung machte nicht beim Ichideal halt, sondern griff auf das Ich über, was eine Verkümmerung der Mutteridentifizierung im Ich zur Folge haben muß. Das Korrelat der Ablehnung des Mannes ist eine starke Betonung der homosexuellen Strebung als Mann, während die Enttäuschungen am Manne, die die Hysterie erfährt, bei dieser eine eher kindlich-passive Hingabe an Frauen bedingen.

Die Hysterika bejaht, ja übertreibt charakterologisch die Weiblichkeit und hat bloß Koitus- (Kastrations-) Angst. Die zwangsneurotische Frau verleugnet das Weibsein überhaupt und ist daher gezwungen, die Männlichkeit kompensativ zu übertreiben. Charakterologisch selbst zum Manne geworden, würde sie durch die Akzeptierung des Mannes als Liebesobjekts an ihr anatomisch bedingtes Schicksal erinnert, und so lehnt sie ihn nicht bloß ab, sondern kämpft vielmehr ständig um die Behauptung ihrer Männlichkeit; das Mittel, das ihr darin hilft, ist der Sadismus

1) Ich verweise bezüglich der vielen „Äußerungsformen des weiblichen Kastrationskomplexes" auf Abrahams grundlegende Arbeit. (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Bd. VIII, 1922.)

der analen Stufe: Ihre (zumeist unbewußt bleibende) Absicht ist, den Mann seines Gliedes zu berauben, teils um es selbst zu besitzen, teils um das Organ beiseite zu schaffen, das ihre wenn auch verdrängte, so doch nicht ertötete feminine Strebung hervorzulocken imstande ist. (Wir erinnern an den zuletzt geschilderten Fall mit der chronischen Depression). So sieht man denn auch, daß bei vielen weiblichen Zwangsneurosen eine Lockerung der Verdrängung der genitalen Libido, eine akute Verliebtheit, der Verlust eines unbewußt geliebten, bewußt abgelehnten Mannes durch Tod oder Heirat u. ä. m. die symptomatische Erkrankung dadurch auslöst, daß sich die Reaktionsbildungen der sadistisch-analen Stufe verstärken und die sadistische Abwehr der genitalen Gefahr sich symptomatisch äußert.

Während der Sadismus der männlichen Zwangsneurose überaus häufig seinen phallischen Charakter beibehält, ist der der Frau in der Mehrzahl der Fälle ausgesprochen analer Natur: Zerquetschen, Zertreten, „zu Brei zermalmen", Schlagen auf die Nates usw. sind seine Kennzeichen.

Es ist klar, daß dieses charakterologische System der zwangsneurotischen Frau bloß einen reaktiven Überbau über ihrer Weiblichkeit darstellt. Davon überzeugt man sich bei der Beobachtung der Charakterveränderung solcher Fälle in der Analyse: Die weibliche passive Libidoübertragung stellt sich hier ebenso automatisch, wenn auch nicht so leicht, ein wie bei der Hysterie. Nur erwehrt sich die Kranke dieser Strebung nicht wie die Hysterika mit Angst sondern mit Haß solange, bis an irgendeiner Stelle die weibliche Haltung unverkennbar und unableugbar zum Vorschein kommt. Gewöhnlich wird diese neue Phase mit hysteriformer Angst eingeleitet, was nichts anderes bedeutet, als daß die Zwangsneurose sich in eine Hysterie zu verwandeln beginnt; d. h. der alte Regressionsprozeß wird rückgängig gemacht und dadurch wird die infantile Angsthysterie der genitalen Stufe wieder aktiviert. Dynamisch ausgedrückt: die Angst hat sich aus den Symptomen, in denen sie gebunden war, gelöst. Weitere Kennzeichen dieser Verwandlung sind spontan auftretende genitale Sensationen, vor denen die Kranke erschrickt; das bedeutet, daß die Genitalangst, von der bisher sehr wenig zu sehen war, ebenfalls in Erscheinung tritt. An die Stelle der Vernichtungsabsicht gegen das den genitalen Antrieb weckende, daher gefahrbringende Objekt

ist die Abwehr des Triebes selbst getreten und das Objekt darf bestehen bleiben; es wird akzeptiert. Mit der analytischen Erledigung der aus den Zwangssymptomen gelösten Genitalangst endet die therapeutische Aufgabe.

### *3) Die genitale Asthenie der chronischen hypochondrischen Neurasthenie*

In einer kleinen Arbeit über die chronische hypochondrische Neurasthenie[1] habe ich versucht, von der Zwangsneurose eine Krankheitsgruppe abzutrennen, die zwar die gleiche prägenitale Fixierung aufzeigt wie jene, sich jedoch durch Charakter, Symptome und Form der Potenzstörung von ihr grundlegend unterscheidet. Während ich dort in erster Linie die morphologischen und psychogenetischen Unterschiede gegenüber der Zwangsneurose und Hysterie behandelte, soll hier die spezifische Art der Potenzstörung, die ich als „genitale Asthenie" bezeichnet habe, ausführlich besprochen werden. Sie ist bei der Hysterie und Zwangsneurose nie anzutreffen und ist ein charakteristisches Symptom der chronischen hypochondrischen Neurasthenie. Die Krankengeschichte, die ich voranstelle, soll gleichzeitig die dort erörterten theoretischen Gegebenheiten beleuchten.

#### a) Aus der Analyse einer chronischen Neurasthenie

Ein neunundzwanzigjähriger Student suchte die Analyse wegen Impotenz auf. Nach einer Masturbationsperiode von mehreren Jahren, die erst im zweiundzwanzigsten Lebensjahre eingesetzt hatte, folgte eine Periode gehäufter nächtlicher Pollutionen. Die Onanie war nie exzessiv gewesen (ein- bis zweimal wöchentlich), wurde aber bald eingeschränkt, worauf sich Spermatorrhöe und Harnträufeln einstellten. Erst im fünfundzwanzigsten Lebensjahre wagte sich der Patient an Frauen heran, doch erfolgte die Ejakulation immer fließend und bei völlig schlaffem Glied schon bei Berührung des Weibes. Zu einem richtigen Koitusversuch ist es nie gekommen, der Patient hat auch nie Erektionen gehabt. Ein Erlebnis erschien ihm ebenso so sonderbar wie beschämend. Er hatte sich vor zwei Jahren von einem sehr aggressiven Mädchen so weit bringen lassen, mit ihr zu Bett zu gehen, doch hatte er es nicht gewagt, die Unterhosen auszuziehen; er war vollkommen unerregt,

1) Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, XII, 1926.

kehrte sich mit dem Rücken zu ihr zur Wand um und schlief ein. Seither ließ er es nie mehr soweit kommen und begnügte sich mit einer wenig lustvollen Ejakulation in den Kleidern.

Ferner bestand seit der — wenig stürmischen — Pubertät zeitweise ein Kopfschmerz, gelegentlich auch ein Beklemmungsgefühl in der Brust und Übelkeit. Der Patient war dauernd verstimmt, zwar arbeitsfähig, aber körperlicher Ermüdung sehr unterworfen und oft unfähig, kontinuierlich zu rechnen oder zu lesen. Seit mehreren Jahren haben auch rheumatische, aber von der Witterung unabhängige Schmerzen in den Gliedern und im Rücken bestanden, denen noch keine Kur abhelfen konnte. Es handelte sich um diffuse und inkonstante hypochondrische Sensationen. Ferner bestand seit der frühesten Kindheit, soweit seine Erinnerung reichte, Obstipation, der nur mit bestimmten Abführmitteln oder dadurch beizukommen war, daß der Patient sich auf einen mit heißem Wasser gefüllten Topf setzte. Die organische Untersuchung ergab bis auf eine linksseitige Varicocele negativen Befund.

Sämtliche Mitglieder der engeren Familie (Eltern, drei ältere Geschwister) litten an habitueller Obstipation. Bis auf den Vater, der ein zwangsneurotisch-ambivalenter Charakter war, waren alle realitätstüchtige Menschen. Der Patient selbst war scheu und gedrückt, dabei gleichzeitig von einer übergroßen Liebenswürdigkeit und verriet schon durch sein Auftreten den femininen Charakter.

Die Analyse des Unbewußten setzte schon in der zweiten Sitzung mit einem Traume ein, dessen unverhüllter Inhalt den Patienten tief erschreckte: *er küßt die um fünf Jahre ältere Schwester aufs Genitale.* Er war weniger über die Handlung als darüber entsetzt, daß sie an der Schwester vollzogen wurde. Er wußte nur zu berichten, daß er gerade an dieser Schwester seit der Kindheit mit aller Liebe hing und auch Gegenliebe fand. Sie hat vor mehreren Jahren ins Ausland geheiratet, lebte resigniert in einer ruhigen Ehe und wurde vom Patienten oft besucht. Es herrschte auch eine sexuelle Intimität insofern, als sie ihm ihre Ehegeheimnisse mitteilte und sich über ihre Frigidität beklagte. In der Pubertätszeit hatten sie einander geschworen, später zusammenzuziehen und nicht voneinander zu lassen. Sie war stets seine mütterliche Beraterin und kam seiner Haltung als jüngerem Bruder sehr entgegen.

An einem der nächsten Abende tauchte eine Erinnerung an eine völlig vergessene Phobie aus der Zeit zwischen dem vierten und siebenten Lebensjahre auf; die Beschreibung des Gegenstandes der Angst war durchaus lückenhaft. So oft er ins halbdunkle Vorzimmer kam, hatte er eine Vision: ein „Gespenst" (so hatte er sie damals benannt) stieg *„von irgendwo oben herunter"*, oder es war auch so, *„als ob es aus irgend jemand herausfahren* oder wie *ein Hemd über den Kopf gezogen würde"*. Bestimmtes war zunächst nicht zu erfahren.

Wir werden die Analyse des Traumes zuerst darstellen.

Der Patient erzählte im Anschluß an den Traum unter großen Hemmungen, er hätte zwischen seinem vierten und sechsten Lebensjahr mit einer um fünf Jahre älteren Cousine sexuell gespielt, was bis auf einige wichtige Details nie verdrängt worden war. Diese Erinnerung habe immer sehr auf ihm gelastet, er halte diese Spiele für die böseste Tat seines Lebens und führe die Krankheit darauf allein zurück. Die Spiele bestanden hauptsächlich darin, daß sie Arzt und Patient spielten, einander untersuchten und dabei After und Genitalien beschauten und betasteten. Er erinnerte sich ganz genau, daß er ihre Genitalien betastet hatte, wußte aber nicht, ob auch sie an den seinigen manipuliert hatte. Als Heilmittel wurden Küsse auf die verschiedensten Körperstellen verschrieben. Mit allen Zeichen des Ekels und der Abwehr erinnerte er viel später, daß auch Küsse in der Analfalte gegenseitig verabfolgt wurden. Die Cousine spielte dabei gewöhnlich den aktiven Teil und benahm sich auch sonst ganz wie ein Knabe; das Arge an den Spielen sei gewesen, meinte der Patient, daß sie auch noch seine späteren Onaniephantasien bestimmt hätten. Die Vorstellung vom Koitus kam darin gar nicht vor, hat auch sonst nie eine Rolle gespielt. Die beliebtesten Phantasien waren: gebunden werden, die weiblichen Geschlechtsteile mit der Zunge berühren, an der Brust saugen. Später träumte und phantasierte er, daß an seinem Glied gesogen wurde, daß er Kot aus der Analfalte mit der Zunge entfernte u. ä. m. Dem Bewußtwerden der letzten Phantasie ging eine lange Periode verstärkten morgendlichen Übelseins voran. Im Verlaufe der detaillierten Analyse erinnerte er auch die merkwürdige Vorliebe, die er als Kind hatte, sich der Mutter zu Füßen zu setzen, zwischen ihre Beine zu kriechen und den Kopf möglichst nahe an die Geschlechtsteile heranzubringen. Doch war die auf die Mutter gerichtete und mit analen Elementen stark durchsetzte Cunnilingusphantasie in stärkster Verdrängung. Sie ließ sich bloß aus den oben genannten Elementen rekonstruieren, schien nie bewußt gewesen zu sein und nur in den Spielen mit der Cousine reale Befriedigung erfahren zu haben. Sehr spät brach eine Erinnerung durch, die unsere Vermutung, daß die Mutter das eigentliche Ziel seiner analoralen Wünsche war, beträchtlich stützte: er sah sich ganz klein im Schlafzimmer, wie er die Mutter beim Waschen der Brüste und der Geschlechtsteile beobachtete.

Die Frage, wie er sein eigenes Genitale betätigt hatte, blieb bis knapp vor Schluß der Analyse ungelöst. In der Phantasie kam die Vorstellung passiver Fellatio vor, doch erinnerte er nichts dergleichen, im Gegensatze zu den klaren Erinnerungen in Bezug auf andere Betätigungen. Wir schieben die Frage nach seiner Genitalbetätigung auf, bis wir Klarheit über den Gegenstand und die Motive seiner infantilen Angst gewonnen haben.

Die Elemente des Gespenstes, die zuerst klargestellt wurden, waren:

*1) es steigt von irgendwo herunter,*
*2) es ist, als ob es aus jemand herausfahren würde,*
*3) es wird wie ein Hemd über den Kopf gezogen.*

Bald fiel dem Patienten ein, bei welcher Gelegenheit er sich der vergessenen Vision erinnert hatte: Sein kleiner Cousin hatte die sogenannte „Seele" des Fußballes herausgezogen und da war die Erinnerung blitzartig aufgetaucht. Dieses banale Erlebnis hat aus zwei Gründen ekphorierend gewirkt, von denen der eine sofort klargestellt wurde. Das Gespenst war von rötlicher Farbe, nackt, ohne Kopfhaare. Die Zeichnung, die der Patient auf mein Ersuchen verfertigte, stellte einen jungen Menschen dar und er erkannte in ihm sofort seinen um ungefähr zehn Jahre älteren Bruder. Die weiteren Assoziationen führten zur Erinnerung, daß der Bruder ihn einmal heftig erschreckt hatte. Wann das gewesen war, konnte er nicht sagen. Damit war aber zur Klärung der obigen drei Elemente nichts geleistet. Erst als dem Patienten einfiel, daß die Seele des Fußballs aus rotem Gummi sei, verstand er spontan auch das erste Element („es steigt von irgendwo herunter"): Es handelte sich um einen Irrigator mit rotem Gummischlauch. Dazu fiel ihm weiter ein, es habe ihm manchmal geschienen, als ob das Gespenst aus einem Muff, der im Vorzimmer am Schrank lag, herausführe. Damit stand die neu aufgetauchte Erinnerung im Widerspruch, daß der Irrigator auf einem hohen Pult im Klosett zu stehen pflegte. Die Idee von dem Muff im Zusammenhang mit dem dritten Element („wie ein Hemd über den Kopf gezogen") konnte mit Berücksichtigung der Erinnerung an die beobachteten Waschprozeduren der Mutter nur eines bedeuten: Er mußte die Mutter bei vaginalen Irrigationen (Muff als Symbol der Scheide) beobachtet haben, wobei sie das Hemd ausgezogen haben mag.

Aber welche Rolle spielte der Bruder dabei und warum erschien der Irrigator als Gespenst, das soviel Angst auslöste?

Zur Lösung dieser Frage diente folgendes Material, das im Verlaufe von vielen Monaten stückweise vom Patienten zusammengetragen wurde.

Ein Traum im Beginne dieser Periode lautete: *„Ich kniee betend in einer Kirche mit einigen anderen und halte den Kopf zu Boden geneigt. Wie ich hinausgehe, steht vor der Kirchentüre eine große geisterhafte Gestalt, ich erschrecke zu Tode."* Der erste Einfall lautet, er bete wie ein Mohammedaner ganz zu Boden geneigt. (Kirche?) Dazu der spontane Einfall: er pflegte als Kind statt „Klistier" — „Kristier" zu sagen. Er litt schon sehr früh an Obstipation und empfing die Irrigationen immer von der Mutter (Kirche als Symbol der Mutter und „Kristier" [Christ] im Traum). Die Betstellung im Traum gleicht der Haltung bei der Irrigation. Auch sonst gab es reichlich Belege für die Betontheit seiner analen Position. Er erinnerte, wie der Hausarzt ihn einmal — er mochte damals drei Jahre gezählt haben — spaßhaft fragte: „Sitzt du denn immer am Thron?" Eine

sehr lange Periode der frühen Kindheit war mit Baukastenspielen ausgefüllt, die zumeist am Topf sitzend gespielt wurden. Wie andere Kinder laufend Eisenbahn spielen, tat es der Patient, indem er mit dem Topf im Zimmer herumrutschte. Später, auch noch zur Zeit der Analyse, wurde er der Obstipation nur Herr, wenn er sich auf einen Topf setzte, der mit heißem Wasser gefüllt war. Stuhlzäpfchen und Irrigationen wurden ihm von der Mutter noch bis zum achten Lebensjahre verabreicht. Später ließ er Irrigationen nur mehr bei sehr hartnäckiger Obstipation zu, besprach aber sehr häufig die Angelegenheiten der Defäkation mit der Mutter, die dafür großes Interesse zeigte.

Wie bei so vielen anderen Obstipierten, stellte es sich auch beim Patienten heraus, daß er die Defäkation unter den verschiedensten Rationalisierungen hinausschob. Bekam er einmal spontan Stuhldrang, so hatte er immer Wichtigeres zu erledigen. So setzte er die infantile Defäkationsart am Topf durch. Dabei wirkte eine Abneigung gegen das Klosett mit, die begründet war in seiner uralten Angst vor der Klosettmuschel und dem Irrigator. Wenn er als Knabe das Klosett aufsuchte, mußte die Türe offen bleiben und sein Rücken mußte die Wand berühren. Trotz dieser Maßnahmen bestand eine enorme Angst vor einem „Ding“ (Gegenstand, Geist, Gespenst), das aus der Muschel aufsteigen und — da wurden die Angaben ungenau — ihm etwas antun könnte.

Das Gespenst war aber männlichen Geschlechtes und trug später die Züge des Bruders. Wie war es nun gekommen, daß die so lustbetonte anale Beziehung zur Mutter mit der Angst vor dem Bruder verschmolzen war? Seinen Bruder verehrte und schätzte der Patient, wie er behauptete, besonders erst seit der Pubertät in einem Ausmaße, das an völlige Selbstverleugnung grenzte. Man kann seine Beziehung zum Bruder nur mit der eines verliebten Backfisches vergleichen. Er war glückselig, wenn der Bruder mit ihm spazieren ging, und war unendlich traurig und weinte sogar, wenn er sah, daß der um so vieles Ältere andere Gesellschaft vorzog. Im stillen machte er ihm Vorwürfe, daß er ihn zu wenig liebte. Rat und Meinung des Bruders waren unantastbar für ihn. Der gesunde, realitätstüchtige Bruder hatte sich schon sehr früh vom Hause losgelöst, in dem stets eine ungemütliche Atmosphäre herrschte. Als der Patient merkte, daß der Bruder ihm trotz aller Bemühungen entglitt, zog er sich tief gekränkt zurück und schloß sich Männern an, die dem Bruder weitgehend glichen. Auffallend gern und widerspruchslos fügte er sich in die Rolle des Geführten und zu seinem Führer Aufschauenden. Im Verlaufe der Analyse zeigte es sich aber immer deutlicher, wie reaktiv diese Anhänglichkeit und Liebe waren. Schon wenige Tage nach Beginn der Analyse hatte der Patient einen zunächst unbeachtet gebliebenen Gedanken: traumverloren im Kaffeehaus sitzend, sah er plötzlich das Bild eines Partezettels. Dann meldeten sich, zuerst nur in Andeutungen, später immer deutlicher Vorwürfe gegen die Mutter, daß sie den Bruder

ihm vorzöge. Der Bruder war tatsächlich das Lieblingskind der Mutter gewesen und der Patient hatte diese erfolgreiche Konkurrenz schwer ertragen. „Nie hörte man von der Mutter etwas anderes als H., H. und wieder H." (Name des Bruders.) Er mußte dessen abgelegte Kleider tragen, in die Lobeshymnen über dessen Intelligenz, Fleiß und Wohlerzogenheit einstimmen. Er hatte aber den Kampf mit dem Rivalen nicht aufgenommen, sondern knapp vor der Pubertät (etwa im elften Lebensjahre) den Entschluß gefaßt, die Liebe der Mutter, die ihren älteren Sohn vergötterte, dadurch zu erringen, daß er in die Verhimmelung mit einstimmte. Er hatte nämlich oft die Erfahrung gemacht, daß die Mutter die Menschen liebte, die den ältesten Sohn lobten, und die haßte, welche gegen ihn waren. So schloß er sich den ersten an. Daß er aber allmählich in die maßlose Vergötterung des Bruders hineinglitt, war der Erfolg der Verdrängung aller bösen Regungen, die dem Bruder galten, vor allem des Wunsches, er möchte sterben. Die Liebe zum Bruder war also nicht nur eine Übertragung von der Mutter her, sondern auch eine vom Schuldgefühl diktierte Reaktion auf seinen Haß. So konnte das Gespenst den Bruder in der Verdichtung mit dem Irrigator, wir dürfen sagen: dem Lustorgan der Mutter, und diese selbst darstellen. Das war die positive Seite der Ambivalenz. Das zweite Element des Gespenstes lautet, „es ist, als ob es aus irgend jemand herausführe". Auslösend auf die Erinnerung hatte das Herausziehen der Seele aus dem Fußball gewirkt. Als Kind pflegte sich der Patient den Tod so vorzustellen, daß die Seele, die dieselbe Form wie der Körper habe, diesen verlasse. Das Gespenst oder der Geist, der den Patienten verfolgte, war also die Seele des verstorbenen, d. h. des tot gewünschten Bruders.

Auf die Aufdeckung des autoerotischen Lustgewinns, den der Patient aus seiner Obstipation bezog, und seiner Beziehung zur Mutter besserte sich das Verhalten des Darmes beträchtlich. Zur endgültigen Lösung der Obstipation kam es aber erst nach der Aufdeckung weiterer Beziehungen.

So litt der Patient auch an heftigen Krämpfen und Koliken, die mit Übelkeit und Meteorismus einhergingen.

Die Analyse des Windverhaltens führte zur Aufdeckung seiner starken analen Riechlust und seiner Reaktionsbildungen gegen gewisse Verhaltungsweisen seines Vaters. Der Patient hatte einen sehr feinen Geruchsinn. Im Laufe der Analyse halluzinierte er mehrere Male Uringeruch, was in enger Beziehung zu seiner Urethralerotik stand. Sein Meteorismus war die Reaktion darauf, daß der Vater sich auch in Gegenwart der Familie nie einen Zwang im Windverhalten auferlegt hatte. Da der Patient schon sehr früh die Verurteilung der Verhaltungsweisen des Vaters durch die Mutter zur Kenntnis genommen hatte, begann er sich der Mutter zuliebe ganz im Gegensatze zum Vater zu entwickeln, so wie er ihr zuliebe den Bruder verehrte. Der Vater war geizig, indiskret, öffnete jeden ins Haus gelangenden Brief, war streitsüchtig; der Patient hingegen achtete das Geld nicht und befleißigte

sich besonderer Diskretion und Fügsamkeit. Der Vater war in analen Angelegenheiten skrupellos, der Patient verbot sich sogar die physiologische Flatulenz. Dieser Verzicht der Mutter zuliebe war aber nicht leicht gefallen, hatte beträchtlichen Verdrängungsaufwand erfordert und zu quälenden organischen Symptomen geführt. Schon auf die bloße Aufdeckung dieser Beziehungen wich der Meteorismus und das Allgemeinbefinden besserte sich.

Merkwürdigerweise persistierten die quälenden kolikartigen Schmerzen, welche eine Zeit lang allnächtlich in den Morgenstunden aufgetreten waren. Ihre Analyse gelang weit weniger gut; trotzdem schwanden sie, als Schwangerschaftsphantasien bewußt wurden: Die Spezifität der Schmerzen ließ sich nicht erklären, doch war ihr Zusammenhang mit der Idee, ein Kotkind im Bauche zu haben, abgesehen vom zeitlichen Zusammenhang, offenkundig. Der Patient defäzierte nämlich in Form „winzig kleiner Kotstückchen", die er „Bobky" nannte. Dazu kam die Erinnerung an das große Interesse, das er als Kind in der Sommerfrische für den Ziegenkot gezeigt hatte. Er verglich ihn mit Oliven, und die Übelkeiten, die die Analyse dieses Details begleiteten, sprachen eindeutig für starke koprophage Tendenzen, die seinen Phantasien und den Erlebnissen des analen Cunnilingus zugrunde lagen. Ein Traum, der diese Phase einleitete, lautete: *„Ich spiele als Kind in einem großen Zimmer, es liegen Goldstücke im Zimmer herum, ich defäziere Kotstückchen, die verschwinden, und an ihrer Stelle erscheinen winzig kleine Kinder."* Aus der Analyse dieses Traumes ließ sich nicht eindeutig entscheiden, welcher unbewußten Idee die größere Bedeutung zukam: selbst der Kot = das Kind im großen Zimmer (d. h. in der Mutter) zu sein, oder selbst Kinder zu gebären. Der Patient sprach sehr oft von seiner Defäkation als von der „schweren Geburt". Weder die Durchforschung der Kindheit noch die Außenanamnese ergab Anhaltspunkte, daß er Schwangerschaften beobachtet hätte. Um so merkwürdiger war es, daß er erinnerte, eine Periode intensiven Grübelns über das Fortpflanzungsproblem durchgemacht zu haben. Beobachtungen an Tieren und ihren Jungen, die er am Lande gemacht hatte, spielten eine große Rolle. Eine Zeit lang — etwa um das vierte Lebensjahr — hatte Fragedrang bestanden. Deutlich erinnerte er seine Enttäuschung über die Antwort auf seine Frage, was das Wort „Hebamme" bedeute. Man sagte ihm, das wäre eine Gemüsehändlerin, doch er wußte es besser: Der Bauch, in dem sich das Kind befinde, öffne sich, die „Amme" reiche dem Kinde die Brust, an die es sich festsauge, und „hebe" es so aus dem Bauch (Heb-Amme). Die orale Tendenz war also an seiner Geburtstheorie beteiligt, spielte aber auch bei der Empfängnistheorie eine große Rolle.

Zur Zeit, als die nächtlichen Koliken am stärksten waren, hatte der Patient Träume, denen die Tendenz zugrunde lag, vom Arzt durch den Mund befruchtet zu werden. Am Tage traten heftige Kopfschmerzen und Übelkeiten auf. Ein solcher Traum lautete: *„Unser Installateur repariert unsere Rohr-*

*leitungen, ich bin dabei, plötzlich setzt er einen Spülapparat in Gang, die Flüssigkeit versprüht wie feiner Nebel (ich werde naß) und schmeckt salzig.“* Die Einfälle zum ersten Teil ergaben sofort, daß der Installateur den Analytiker darstellt, der die Rohrleitungen, d. h. das Glied des Patienten reparieren soll. Der zweite Teil enthält einen affektiven Widerstand gegen die Heilung der Impotenz und die Erfüllung eines bevorzugten Wunsches: der Analytiker befruchtet (Einfall) mit Urin durch den Mund (salziger Geschmack). Hier fanden auch die Geruchshalluzinationen Aufklärung: der Patient erinnerte, daß er bei den Spielen mit der Cousine am Uringeruch ihrer Geschlechtsteile Gefallen gefunden hatte. Es blieb unentschieden, ob auch tatsächlich uriniert worden war. Die Geruchshalluzinationen während der Sitzungen waren somit nicht nur Erinnerungen an die Spiele sondern auch Darstellungen von Wünschen, die sich auf den Harnapparat des Analytikers richteten. Die Rohrleitungen im Traume enthielten ebenfalls eine Determinante aus der Kindheit: er hatte sich für die Rohrleitungen im Badezimmer und besonders für das Klosettrohr interessiert, ehe die Angst vor Irrigator und Klosettmuschel einsetzte. Der Sinn dieses Interesses wurde erst durch die Analyse eines Traumes klar, in dem es hieß: *„Ein Adler entführt eine Frau in die Lüfte und läßt sie dann auf mich fallen.“* Der Adler ist der Vater, die Frau die Mutter, die Entführung in die Lüfte stellt den Koitus der Eltern dar. Bei den Koitusversuchen, die er zur Zeit der Analyse unternahm, mußte er besonders gegen den Wunsch ankämpfen, sich unter die Frau zu legen und seinen Mund an ihr Genitale heranzubringen. Die Idee, daß die Mutter nach dem Koitus mit dem Vater auf ihn falle, paßte völlig zur analen Beziehung zur Mutter mit dem Irrigator; in einem Traume, wenige Tage vor dem letztgenannten, hieß es, er verkehre unten liegend mit einer Dirne, die ein Glied habe: die Mutter koitiert ihn mit dem Penis des Vaters. Hinter der passiv-analen Beziehung zur Mutter wirkte die zum Vater. Wir begreifen jetzt, daß die kindliche Phobie ein Ausdruck der mißglückten Verdrängung passiver anal-homosexueller Tendenzen war. Der ältere Bruder war also nicht nur Vertreter der Mutter mit dem Irrigator sondern auch des Vaters gewesen. All das durchaus anal verarbeitet. Und wir wissen jetzt, wem die Todeswünsche, die in der Phobie zum Ausdruck kamen, zutiefst galten. Bei der Analyse dieser Zusammenhänge entfuhr es dem Patienten: „Ich werde erst potent sein, wenn mein Vater gestorben sein wird.“

Noch aus einem anderen Grunde wurde der Bruder in entscheidender Weise Vertreter des Vaters. Wenn wir bisher erfahren haben, daß so gut wie alle sexuellen Strebungen mit Anlehnung an Mund- und Harnerotik passivanaler Art waren und daß diese Strebungen seit der frühesten Kindheit den Patienten beherrschten, so müssen wir uns fragen, was denn mit den genitalen Strebungen geworden ist. In der Analyse hörten wir eineinhalb Jahre nichts davon. Erst gegen Ende der Analyse führte eine Assoziations-

kette zu einer erlebten Kastrationsdrohung. In einem Traume, der die Rekonstruktion einer wichtigen Szene ermöglichte, hieß es: *„Ich spiele in einem dunklen Zimmer Klavier, im Nebenzimmer hält Dr. S.* (ein österreichischer Staatsmann), *irgendwie erhöht, eine Rede und sieht mich durch seine Brille böse an."* Dr. S. erinnert im Profil an den Bruder, der ebenfalls Brillen trägt. Zu „erhöht" im Traume paßte auch die Erinnerung, daß sein Bruder am Lande auf Stelzen zu gehen pflegte; ferner tauchte eine dunkle Reminiszenz an einen finsteren Hausflur und an dort erlebte Angst auf. Am Vortage des Traumes erkundigte sich der Bruder bei mir nach dem Stand der Analyse und der Patient hatte einen Augenblick lang daran gedacht, ob ich wohl dem Bruder aus dem Inhalte der Analyse etwas mitteilen würde. Dazu die Tatsache, daß der Patient mich gleich zu Beginn der Analyse darum gebeten hatte, dem Bruder nichts von der Onanie zu erzählen. Nehmen wir noch das Klavierspielen im Traum, das als Onaniesymbol typisch ist, und die Rede (Strafrede) sowie den bösen Blick hinzu, so scheint die Rekonstruktion einwandfrei, daß der Bruder unseren Patienten einmal in einem dunklen Flur (Vorzimmer — Gespenst?) bei genitalen Manipulationen ertappt und ihm eine Strafpredigt gehalten hat. Das mußte in sehr früher Zeit, etwa im dritten Lebensjahr, vorgefallen sein, denn die Erinnerung an das Gespenst reichte tief ins vierte Lebensjahr hinein und die Szene muß der Phobie vorangegangen sein. Die später entwickelte Angst vor dem Gespenst, das die Züge des Bruders trug, fußte so letzten Endes auf jener Urszene, in der der Bruder die Kastrationsangst entfacht hatte.

In diesem Zusammenhange tauchte auch die Erinnerung dunkel auf, daß die Cousine den Patienten bei den Spielen an den Hoden gezerrt hatte. Der charakteristische Schmerz persistierte in der Hodengegend sozusagen als Mahnung. Dazu paßten ferner die stereotypen Klagen des Patienten, nicht der Penis, sondern die Hoden seien zu klein, und die Scheu, sich bei der Frau völlig zu entkleiden.

Die Analyse, der es gelungen war, die sexuellen Betätigungen und Phantasien der frühen Kindheit bis in kleinste Details aufzudecken, ergab bis auf diese eine Reminiszenz nicht den geringsten Anhaltspunkt dafür, daß die phallische Erotik jemals eine besondere Rolle gespielt oder Objektbesetzungen gedient hätte. Die Harnerotik stand hinter der analen zurück, trat aber in der ejaculatio praecox und in den Uringeruchshalluzinationen deutlich hervor. Wir fügen noch hinzu, daß der Patient sich als Kind gern im Badezimmer aufgehalten und mit dem Wasser gespielt hatte. Aber auch dieser Ansatz zur Genitalposition war anal und oral verarbeitet worden. Das Interesse für die Rohrleitungen diente ebenso analen wie urethralen Tendenzen.

Es ist deutlich geworden, wie der Patient sich selbst als Objekt urethraler Beziehungen phantasierte (die Harnbespritzung = Befruchtung durch den Analytiker, die Tendenz, den Mund an das Genitale der Frau heranzubringen) und sie mit Saugephantasien durchsetzte. Unter den Erinnerungen, die im Laufe der Analyse auftauchten, spielte der Eindruck, den das Melken der Kühe auf ihn gemacht hatte, eine große Rolle. Die Gleichsetzung des Euters mit dem Penis führte erstens zu seinen Phantasien, am Genitale und an der Brust der Frau zu saugen; zweitens zur Gleichsetzung des eigenen Penis mit der Brust (beziehungsweise dem Euter) und des Samens und Urins mit der Milch. Bei Berührungen mit einem weiblichen Körper floß der Samen ab. Entsprechend dem femininen Charakter war der Penis als Brust in den Dienst der Weiblichkeit getreten. Die Onanie bestand nicht in Friktionen sondern im Andrücken des schlaffen Gliedes an einen Gegenstand: nach meinen auch an anderen Fällen gemachten Erfahrungen ein typisches Zeichen, daß der Penis die (gewünschte) Brust darstellt; es ist, als ob dem Objekt gezeigt würde, was man selbst wünscht.

Versuchen wir es nun, den Werdegang der Neurose unseres Patienten zu rekonstruieren. Die starke anale Veranlagung der Familie wirkte sich charakterologisch bei sämtlichen Angehörigen aus. Die anale Veranlagung der Mutter verstärkte die Neigung zur Obstipation beim Patienten. Die notwendige Versagung der Analität war ausgeblieben, so daß einerseits diese als anale Autoerotik persistierte und anderseits eine spezifisch anale Bindung an die Mutter entstand; diese wurde verdrängt und das Symptom der chronischen Obstipation entsprach ihrer neurotischen Darstellung und Befriedigung. Der primär fixierten Analität gesellten sich die orale und die urethrale Erotik bei. Jene hielt die Fixierung an die Mutterbrust aufrecht; als sie verdrängt wurde, schuf sie zusammen mit analen und urethralen Tendenzen die Übelkeiten und äußerte sich in spezifisch oralen onanistischen Phantasien (an der Brust zu saugen, das Genitale zu küssen, Kot zu essen). Die Urethralerotik persistierte als ejaculatio praecox, Harn- und Samenträufeln. Charakterologisch bedingten diese kindlichen Triebkräfte, indem sie der männlich-phallischen Richtung widersprachen, den Infantilismus und Feminismus. Zu dieser primären Fixierung trat dann als weitere Entwicklungshemmung hinzu, daß die genitale Erotik, ehe sie sich

voll entfalten konnte, durch die Strafpredigt des Bruders und die Schmerzen am Hoden unterdrückt wurde. So war der Weg zu einer wirksamen phallischen Vateridentifizierung abgeschnitten und die kindliche Bindung an die Mutter und die Identifizierung mit ihr konnten sich ungestört entfalten. Der Patient bediente sich seines Gliedes als Brust und hielt eine passiv-feminin-anale Beziehung zu überlegenen Männern (durchwegs Vater- und Bruderimagines) fest.

Zu dieser Mutteridentifizierung im Ich trat jedoch eine Vateridentifizierung hinzu, der zwei Tendenzen entstammten. Einerseits waren die verbietenden Forderungen des strengen Vaters (und Bruders: Onanieverbot) ins Ich aufgenommen worden und hatten die hauptsächliche Verdrängungsarbeit geleistet. Anderseits entwickelte sich sein Charakter im Gegensatz zu dem des Vaters, was wir an anderer Stelle als reaktive Über-Ich-Bildung bezeichneten. Das geschah, wie festgestellt wurde, der Mutter zuliebe, deren Partei der Patient immer ergriffen hatte: „Nicht so sein wie der Vater sondern das gerade Gegenteil." Diese Tendenzen konnten leicht realisiert werden, entsprachen sie doch vollkommen seinem Infantilismus und Feminismus. Anders war es mit den positiven Vateridentifizierungen. Er verehrte nicht nur seinen Bruder und seine überlegenen Freunde, sondern er wollte auch werden wie sie. Die Wünsche, die sein Ichideal, soweit es positiv strebend gerichtet war, aus dieser Quelle holte, waren dazu verurteilt, unrealisiert zu bleiben, und gaben den Anlaß zu Minderwertigkeitsgefühlen. Denn zur Realisierung seiner positiv gerichteten, männlichen Ichideale bedurfte es einer starken Genitallibido, die, wie wir sahen, bei ihm unentwickelt war. Die positiven Vateridentifizierungen erfolgten daher nur im Über-Ich.[1]

Wir können nicht entscheiden, warum bei unserem Patienten die Pubertätskurve so flach verlief und ob nicht die besondere Struktur seiner Libido hemmend auf den Genitalapparat gewirkt hatte. Tatsache ist, daß die Pubertätserscheinungen, die sonst um das zwölfte bis vierzehnte Lebensjahr aufzutreten pflegen, sich bei ihm erst im zweiundzwanzigsten einstellten. Er begann um diese Zeit zu onanieren, aber mit prägenitalen Phantasien, starken Schuldgefühlen und Befürchtungen, die zur Ein-

1) Vgl. hiezu meine Ausführungen über die „Fehlidentifizierungen" in „Der triebhafte Chararakter". (Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse Nr. IV, 1925.)

schränkung führten. Die Spermatorrhoe und das Harnträufeln fassen wir als die Folgen der somatischen Reizung auf, die unerledigt blieb; sie sind Ausdruck der Tatsache, daß der Penis in den Phantasien der Mutteridentifizierung (Penis als Brust) und den prägenitalen Mechanismen diente, so daß es zu orgasmuslosen Erledigungen der Erregungen kam.

Als er infolge der somatischen sexuellen Erregung und der männlichen Ichidealforderungen das Weib aufsuchte, stellte sich dem sofort die prägenitale Fixierung entgegen: er drückte sein Genitale an, ließ den Samen abfließen und wendete der Frau den Rücken zu, aus dem unbewußten Motiv, eine Irrigation zu empfangen. Es ist, als ob der Genitalität der Zutritt zu dem an prägenitale Erregungen gewohnten Sexualapparat verwehrt gewesen wäre.

Die Analyse löste nun zunächst die Obstipation. Sie wich in dem Maße, als ihre Determinanten bewußt verarbeitet wurden. Der Kopfdruck schwand gleichzeitig mit der Obstipation, ohne daß die Analyse seiner Determinierungen gelang. Der Druck auf der Brust erwies sich als ein larviertes Angstsymptom (Angst vor dem Gespenst) und verlor sich im Laufe der Analyse ohne den Nachweis spezifischer Determinierung. Ebenso verschwand das Samen- und Harnträufeln, die Pollutionen bei der Berührung einer Frau hörten auf. Im vierzehnten Monat der Analyse, nach Aufdeckung der Kastrationsszenen, glückte dem Patienten der Koitus zweimal. Doch blieb die psychische Genitalstrebung schwach; er hatte kein Verlangen nach dem Koitus. Die Analyse hatte in der Konstitution ihre Grenze gefunden. Was in der Kindheit nicht entwickelt worden war, konnte in der Analyse nicht neu geschaffen werden. Sie hat eben immer mit gegebenen Triebkräften zu rechnen, die sie nur neu ordnen, denen sie aber nichts hinzufügen kann. Eine objektivere Haltung zur Mutter, eine gewisse Gleichgültigkeit Vater und Bruder gegenüber bewiesen, daß die analytischen Lösungen gelungen waren, soweit es eben möglich war. Auch im übrigen Wesen ist der Patient freier geworden. Freilich konnten die Erfolge kaum den genitalen Defekt aufwiegen, wenn sie ihn auch leichter zu ertragen halfen. Daß eine weitere Analyse mehr erreicht hätte, ist nicht auszuschließen, jedoch in Anbetracht der Struktur seiner Libido nicht sehr wahrscheinlich.

Die psycho-genitale Asthenie, die unser Patient zeigte, war die Ursache der Asthenie des Genitalapparates; sie äußerten sich in seiner schweren ejaculatio praecox. Die Libidostruktur dieser Potenzstörung ist charakteristisch für die schweren Formen der chronischen Neurasthenie.

### *b)* Die genitale Asthenie

#### Zwei Formen der ejaculatio praecox

Es ist Abrahams Verdienst, das Wesen der ejaculatio praecox geklärt zu haben.[1] Der Name bezeichnet zunächst nur die Tatsache, daß bei gewissen Formen der Impotenz der Samen zu früh abfließt. Abraham wies nun nach, daß die ejaculatio praecox hinsichtlich des Modus der Ausstoßung des Samens eine Miktion ist. Diese Kranken sind der Lust am passiven Fließenlassen hingegeben. Die Ejakulation ist eigentlich ein Urinieren. Des weiteren hebt Abraham folgende Punkte als charakteristisch hervor:

*1)* Die Libido dieser Kranken ermangelt der durchgreifenden männlichen Aktivität.

*2)* Die Genitalzone ist nicht zur Leitzone geworden.

*3)* Die Oberfläche der Glans penis ist mangelhaft erregbar.

*4)* Das Genitale ist manchmal übererregbar, was ein Zeichen seiner Ohnmacht sei. Die eigentlichen männlichen Genitalfunktionen — Erektion, Immissio, Friktion — kommen in Wegfall.

*5)* Es besteht eine besondere Erogenität des Dammes und der rückwärtigen Teile des Skrotums.

*6)* Die Lustempfindungen sind im hinteren Teile der Urethra lokalisiert. In charakterologischer Hinsicht sind solche Kranke entweder schlaff, energielos, passiv, unmännlich, oder eretisch, beständig hastend; gelegentlich besteht zufolge eines Widerstandes gegen die spezifisch männlichen Leistungen der direkte Wunsch, die weibliche Sexualrolle zu übernehmen. Bei manchen Patienten sind das Verlangen nach dem Koitus und die Erektionsfähigkeit zwar vorhanden, die Erektion schwindet aber gleich nach der Immissio oder knapp vorher.

Bezüglich der Genese führt Abraham aus, daß diese Kranken die normale Einstellung des Mannes zum Weibe nicht erreicht hätten, vielmehr im Stadium des Narzißmus stehen geblieben wären. Dazu komme eine konstitutionell verstärkte Urethralerotik, die die Überwertung des Penis als Harnweg bewirke. „Tritt später an das Organ die Anforderung der eigentlichen Geschlechtsfunktion heran, so weigert es sich nun dieser."

1) „Über ejaculatio praecox." (Klinische Beiträge zur Psychoanalyse. Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. X, 1921.)

Prognostisch, meint Abraham, seien „diejenigen Fälle am wenigsten günstig zu beurteilen, in denen die ejaculatio praecox sich sogleich im Alter der Geschlechtsreife bemerkbar gemacht hat und seither durch eine Reihe von Jahren viele Male hervorgetreten ist. Es handelt sich hier um Fälle von außergewöhnlich starkem Vorwiegen der urethralen gegenüber der genitalen Erotik.“

Unser Versuch ergänzt nun die Befunde Abrahams insofern, als er auf die Heraushebung zweier Grundformen der ejaculatio praecox zielt, die sich genetisch und prognostisch voneinander unterscheiden.

Zur Aufstellung der beiden Formen haben folgende klinische Unterschiede geführt:

*1)* Die ejaculatio praecox bestand seit jeher oder sie trat erst nach einer Periode relativer Potenz auf.

*2)* Der Samenerguß erfolgt vor oder nach dem Eindringen des Gliedes.

*3)* Der verfrühte Samenerguß erfolgt fließend oder in Stößen.

*4)* Das Glied kann dabei steif oder schlaff sein.

*5)* Das Glied weist außen an der Glans oder in der Urethra die größere Empfindlichkeit auf.

*6)* In den sexuellen Phantasien dominiert, gleichgültig ob bewußt oder unbewußt, die Vorstellung vom Eindringen des Gliedes in die Scheide, diesmal wieder gleichgültig, ob lust- oder unlustbetont, oder sie ist durch prägenitale Phantasien (sich an die Frau zu schmiegen, ihre Brüste zu küssen, Gebundenwerden usw.) ersetzt.

Die genannten Eigenschaften pflegen sich mehr oder weniger rein in zwei Gruppen zusammenzutun. Ejaculatio ante portas pflegt sich mit urethralem Samenfließen, mehr oder weniger schlaffem Gliede und mit prägenitalen Phantasien, der Samenerguß bald nach dem Eindringen mit Erektion, gelegentlich auch mit rhythmischem Samenabfluß und immer mit aktiven Koitusphantasien zu verbinden. Abweichungen kommen vor, so insbesondere ejaculatio ante portas mit steifem Gliede. Es wird durch die Erfahrung regelmäßig bestätigt, daß die erste Form die weitaus schwerere und gewöhnlich die chronische ist, während die zweite nach einer Periode relativ guter Potenz aufzutreten pflegt und auf Psychoanalyse sehr gut reagiert.

Der Unterschied liegt in der grundverschiedenen Libidostruktur. Die schwere Form ist nämlich eine Erkrankung durch Fixierung auf der

analen (-urethralen), die leichte eine solche auf der (urethral-) genitalen Stufe. Bei beiden Formen bedeutet das Symptom unter anderem Urinieren, doch ist die Urethralerotik dort an eine prägenitale, hier an die genitale Libido gebunden. Das Vorhandensein reiner Genitallibido drückt sich aus:

*1)* in der Fähigkeit zur Erektion,

*2)* darin, daß die Glans in höherem Maße erregbar ist als die Urethra und die Peniswurzel,

*3)* in den Koitusphantasien,

*4)* im Charakter: Die Patienten der leichteren Form sind männlich aktiv und aggressiv, manchmal auch manifest aktiv-homosexuell. Die Erkrankung ist nach einer Zeit relativer Potenz ausgebrochen.

Das Fehlen der genitalen Komponente in der ejaculatio praecox, beziehungsweise die Vorherrschaft der analen Position haben folgende Kennzeichen:

*1)* Die Kranken sind nie potent gewesen.

*2)* Es fehlen heterosexuelle Koitusphantasien gänzlich oder sie treten hinter den prägenitalen zurück. (Man darf sich natürlich vom geäußerten Wunsche des Patienten, er komme zur Behandlung, um das Koitusvermögen zu erlangen, nicht beirren lassen. Es kommt auf seine unbewußten Phantasien an.)

*3)* Die Glans ist sehr wenig oder gar nicht erregbar (Hyp-, beziehungsweise Anästhesie des Penis). Der Sitz der Lustsensationen ist die Urethra; sie erstrecken sich fast immer bis in die Dammgegend.

*4)* Die Erektion ist kaum nennenswert, kommt gar nicht zustande oder das Glied schrumpft zusammen.

*5)* Die Patienten sind im Charakter passiv-feminin, die Analyse deckt einen beträchtlichen moralischen und erogenen Masochismus bei verdrängtem Sadismus auf. Fast immer bestehen überdies neurasthenische Symptome, wie chronische Obstipation, Kopfdruck, Ermüdbarkeit, Spermatorrhoe und hypochondrische Beschwerden.

In der Entstehung unterscheiden sich die beiden Formen dadurch, daß die schwerere zumeist durch primäre Fixierung im Prägenitalen, die leichtere durch Regression zum genitalen Inzestwunsch zustande gekommen ist. Bei der ejaculatio praecox der genitalen Stufe wurde die normale genitale Bindung an die Mutter von der Angst vor Kastration betroffen. Eine starke phallische Position hielt aber die

Identifizierung mit dem Vater aufrecht und verhinderte tiefere Regression zu früheren Stufen. In manchen Fällen besteht Kastrationsangst vor der Mutter als Furcht vor einem gefährlichen „Ding" (Penis des Vaters) in der Scheide, oder die hemmende Idee, daß die Scheide mit Zähnen bewaffnet sei, mit denen das Glied abgebissen werden könnte. Die Freude am Urinieren hat genitalen und exhibitionistischen Tendenzen gedient, ist aber auch der Grund für das Samenfließen. Hier ist also die ejaculatio praecox Ausdruck der Angst, sich in „die Höhle des Löwen zu trauen", wie ein Patient sich ausdrückte, und bildet einen Schutz dagegen, in ihr lange zu verweilen. Manche Patienten haben diese Angst ganz bewußt. Das urethrale Samenfließen oder auch die verfrühte rhythmische Ejakulation sind vor allem Ausdruck dieser Angst, wie ja überhaupt viele Kinder auf Angst und Schreck mit Diarrhoe oder unwillkürlichem Harnverlust zu reagieren pflegen. Hinter der Vateridentifizierung, die dem Charakter den Stempel des Männlich-Aktiven aufdrückt, wirkt gelegentlich auch eine Mutteridentifizierung, aber eine solche der genitalen Stufe; diese überwuchert charakterologisch die Vateridentifizierung nicht. Der Unterschied gegen die erektive Impotenz ohne ejaculatio praecox besteht darin, daß die Urethralerotik bei diesem Zustande keine besondere Rolle spielt.

Ganz anders ist die Libidostruktur der ejaculatio praecox, s. ante portas, der analen Stufe. Meiner Erfahrung nach handelt es sich in den meisten Fällen um eine Entwicklungshemmung und primäre Fixierung auf der anal-urethralen Stufe mit oder ohne partielle Aktivierung der phallischen Phase. Ich kenne nur einen Fall, in dem die Analyse die komplette Regression von der genitalen auf die anale Stufe nachweisen konnte. Mit der Regression wurde die genitale Vateridentifizierung zugunsten einer analen Mutteridentifizierung aufgegeben. Mit der Fixierung, beziehungsweise der totalen Regression, fällt auch der genitale Wunsch weg und macht gewöhnlich einer urethralen Beziehung zur Mutter und einer passiv-analen zum Vater Platz. Die analen und urethralen Befriedigungen sind gewöhnlich manifest, ohne daß sich der Patient dessen bewußt zu sein braucht. Dominiert bei der genitalen ejaculatio praecox die Kastrationsangst, so bei der analen die autoerotische Befriedigung, beziehungsweise die Lust, die Frau mit Urin oder Kot zu beschmutzen.

Der Harn wird verhalten, das Urinieren bei stark gefüllter Blase ist ausgesprochen lustvoll. Die Harnfunktion wird mit analen Qualitäten besetzt (Ferenczi).[1] Ebenso ist die Defäkation sehr lustvoll. Ein solcher Patient verbrachte am Klosett lange Zeit damit, den Kot langsam und stückweise herauszulassen. Er vermied den Stuhlgang oft bis zu acht Tagen, um dann mit dem Finger den harten Kot herauszuholen. Zwei andere Patienten, bei denen es gelungen war, wenn auch geringe genitale Libido und den Wunsch zu koitieren freizulegen, gingen auf dem Wege zur Frau in gespannter Erwartung des Kommenden — aufs Klosett. Nach der Entleerung der Exkremente war alle „Lust zum Koitus" geschwunden.

Ist bei der genitalen Form der ejaculatio praecox therapeutisch die Hauptarbeit geleistet, wenn der Inzestwunsch und die Kastrationsangst beseitigt wurden, so stellt sich bei der analen Form der Erfolg erst ein, wenn der Patient imstande ist, den analen und urethralen Lustgewinn aufzugeben. Nur wenn eine starke Genitalität, die verdrängt war (was bloß für die durch Regression zustande gekommenen Fälle gilt), freigelegt wird, kann der Kampf zwischen der prägenitalen und der genitalen Libido günstig ausgehen. Ich verweise diesbezüglich auf meine beiden Arbeiten über die therapeutische Bedeutung der Genitalität.

Ferner muß hervorgehoben werden, daß der Gesundung die führende Mutteridentifizierung entgegensteht. Sie ist das stärkste charakterologische Hindernis, weil sie auch mit dem Strafbedürfnisse dem Vater gegenüber in Zusammenhang steht. Viele Haltungen solcher Kranker lassen sich auf die Formel bringen: „Ich bin meinem Vater gegenüber schuldig, darf nicht sein und tun wie er, sondern muß meine Schuld durch meine Hingabe an ihn abtragen." Das Schuldgefühl dem Vater gegenüber besteht auch bei der genitalen Form. Hier fällt aber das wichtige Moment des prägenitalen Lustgewinnes weg, der sich sonst häufig mit masochistischen Phantasien verbindet und das Schuldgefühl mit analer Libido besetzt, was therapeutisch besonders nachteilig ist.

Die Identifizierung mit der Mutter enthält häufig eine weitere Determinante der ejaculatio praecox: Der Penis ist in der Phantasie

1) Ferenczi: Versuch einer Genitaltheorie. (Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. XV, 1924.)

zur Brust geworden, der Samen zur Milch. Das Glied wird der Frau gereicht, wie seinerzeit dem Kinde die Brust gereicht wurde. In den Phantasien und während der Vorlustakte tritt typischerweise der Wunsch auf, sich an die Frau anzupressen oder anzuschmiegen. In den schwersten Fällen fließt dabei der Samen ab. Der Kranke spielt ein Doppelspiel: nachdem er seine männliche Rolle aufgegeben, beziehungsweise nie bezogen hat, gibt er sich der Frau (Mutter) als Kind und begehrt ihre Brust; die Phantasie, an der Brust zu saugen, ist für solche Fälle typisch. (Bei einem meiner Fälle floß der Samen während des Saugens an der Brust der Freundin ab.) Anderseits spielt er die Mutter, die dem Kinde die Brust reicht; es ist, als zeigte er der Frau, was er von ihr wünscht („magische Geste", Liebermann); das Saugen an der Brust und das Abfließen des Samens ergänzen so einander zur Darstellung des Wunsches gesäugt zu werden. Dies scheint der tiefere Sinn der Tatsache zu sein, daß, wie Abraham feststellte, der Patient die Frau anuriniert. Ein Patient hatte das Gefühl, daß der Samen im Gliede sei, und er glaubte, den Samen einfach auspressen zu können. Das mit der schweren Form der ejaculatio praecox so häufig vergesellschaftete Harn- oder Samenträufeln ist mit der unbewußten Idee assoziiert, daß der eigene Penis die begehrte Brust sei, aus der Milch fließt. Ein solcher Kranker hatte als Knabe mit Vorliebe sein Glied Kameraden zum Saugen angeboten. Ein anderer brachte es noch zur Zeit der Analyse zustande, am eigenen Gliede zu saugen. Er spielte Kind und Mutter zugleich.

Über dieser psychischen Determinierung ist aber der ständige Reizzustand im Organ, speziell in der Urethra und am Damm nicht zu übersehen. Es hat wenig Sinn zu sagen, daß das Organ minderwertig ist. Ist diese Minderwertigkeit von Anbeginn da? Nach der Ansicht der Urologen werden die Überreiztheit des Genitalapparates und die ejaculatio praecox bedingt durch die dauernde Hyperämie der Genitalien und die Hypertrophie der Prostata. Es wäre jedoch zu erwägen, ob nicht die besondere Art der Sexualbefriedigung dieser Kranken die Ursache der Hyperämie sein könnte. Dafür spricht folgende Überlegung: Unter normalen Bedingungen werden die Genitalien während der Vorlustakte hyperämisch und diese akute Hyperämie weicht sofort nach dem Orgasmus. Die genitalen Astheniker sind jedoch infolge ihrer Befriedigungs-

art orgastisch impotent, was einen andauernden Drang zur sexuellen Reizung und infolgedessen dauernde Hyperämie bedingt. Die zuerst psychogen zustande gekommene Hyperämie kann, chronisch geworden, gewiß auch dauernde somatische Veränderungen erzeugen.

Während bei der genitalen ejaculatio praecox doch die genitale Befriedigung das eigentliche Ziel geblieben ist, hat der Vertreter der schwereren Form auf den Koitus verzichtet, die Vorlustakte bilden das Hauptziel. Indem der Penis aufgehört hat, Ausdruck und Werkzeug der Männlichkeit zu sein, ist er als Brust ideell in den Dienst der unbewußt gewollten Weiblichkeit getreten. Wir dürfen somit von einer oralen Erotisierung des Penis sprechen (als Gegenstück zur hysterischen Genitalisierung der Mundzone).

Die genitale Asthenie ist das Resultat der Überflutung des Genitales mit prägenitaler Libido. Sie ist von den übrigen Impotenzformen, bei denen am Genitale zentrierte, aber gehemmte genitale Impulse bestehen, abzutrennen. Die unbewußte Grundformel der Impotenten mit genitaler Asthenie lautet: „Ich will nicht geschlechtlich verkehren, sondern mein Genitale so und so benützen“, die des einfach Impotenten: „Ich will verkehren, aber ich tue es nicht, weil ich eine Gefahr fürchte.“

Die prägenitale Betätigung des Genitales hat zur Folge, daß jene Erregungsmengen, die nur im genitalen Orgasmus abgeführt werden können, sich im übrigen Körper auswirken; dazu kommt die ständige sexuelle Reizung: so entstehen die hypochondrischen Beschwerden. Sie sind nicht „Einbildungen“, wie die bloß somatisch orientierten Mediziner meinen, sondern, wie Freud, Ferenczi und Schilder nachgewiesen haben, wohlbegründete körperliche Störungen. Die körperlichen Erregungs- und Ermüdungszustände, die Leistungsunfähigkeit der Neurastheniker, ihr ständiges Drängen und Sichgedrängtfühlen sind sämtlich Folgen der genitalen Asthenie.

In der Tatsache, daß der Neurastheniker auf Grund seiner genitalen Asthenie und orgastischen Impotenz einen spezifisch geformten Charakter entwickelt, erblicken wir die große theoretische Bedeutung, die das Studium der Aktualneurosen auch für die Charakterlehre hat. Bei der Analyse solcher Kranken sehen wir, wie keine seelische Erregung ohne körperliche Resonanz und kein körperlicher Vorgang vorübergeht, ohne

daß eine seelische Reaktion erfolgte. Gerade die Aktualneurosen scheinen uns den Weg zu weisen, den man gehen muß, wenn man zur gemeinsamen biologischen Basis der körperlichen und seelischen Reaktionen vordringen will. Doch diesem Weg zu folgen ist nicht mehr unsere Aufgabe.

# VI

# Zur psychoanalytischen Genitaltheorie

Die vorpsychoanalytische Psychologie konnte das Problem der Entwicklung der genitalen Tendenzen nicht aufstellen, weil sie in dem Vorurteil befangen war, daß der „Geschlechtstrieb“ erst in der Pubertät als Folge somatischer Entwicklungsvorgänge „erwache“, also psychisch sozusagen mit einem Male da sei, und zwar nicht nur als innerer Antrieb, sondern auch als ein auf ein gegengeschlechtliches Objekt in der Außenwelt gerichteter Wille. Als nun Freud zum ersten Male Triebziel und Triebobjekt unterschied, ferner feststellte, daß es prägenitale Stufen der Sexualität gibt, die von der Libido in den ersten Lebensjahren durchlaufen werden, ehe es zur Zusammenfassung der prägenitalen Tendenzen unter den Primat der Genitalien kommt, stand man vor der Frage, ob die prägenitalen Formen der sexuellen Bedürfnisse von der genitalen einfach abgelöst werden oder ob sie an der Herstellung des genitalen Primats selbst irgendwie beteiligt seien. Dabei kommt es nicht allein auf die Entfaltung der physiologischen Irritabilität der genitalen erogenen Zone an, sondern das Problem umfaßt auch die Frage, wie sich die seelischen Einstellungen und Erlebnisse des Kindes daran beteiligen und welche Motive der heterosexuellen Objektwahl zugrunde liegen, so daß an diesem Problem mehrere Detailfragen zu unterscheiden sind: die erste betrifft das Hervortreten der genitalen Erregung (Triebziel), die zweite die Entwicklung der psychogenitalen Objektliebe (Triebobjekt), die dritte den genetischen Zusammenhang beider (Wechselbeziehung zwischen Trieb und Erlebnis).

Die ursprüngliche Auffassung Freuds ging dahin, daß es vor der Pubertät kein genitales Primat gäbe und daß die prägenitalen Partialtriebe erst in der Pubertät unter dem Primat der Genitalien zusammen-

gefaßt würden.[1] Später wurde diese Ansicht korrigiert:[2] Der genitale Primat komme schon in der Kindheit, in der sogenannten phallischen Phase der Libidoentwicklung, zustande. Diese kommt beiden Geschlechtern in gleicher Weise zu; in ihr bildet sich beim Manne der Penisstolz als mächtigste Grundlage des männlichen Selbstbewußtseins, beim Weibe der Penisneid als solche des weiblichen Minderwertigkeitsgefühls und seiner Kompensationen.[3] Hier „gibt es zwar ein männlich, aber kein weiblich; der Gegensatz lautet hier: männliches Genitale oder kastriert.[4] Erst mit der Vollendung der Entwicklung zur Zeit der Pubertät fällt die sexuelle Polarität mit männlich und weiblich zusammen" (Freud, a. a. O.). Der Knabe behält die Tendenzen dieser Stufe bei, während das Mädchen die Aufgabe hat, nach der Feststellung der relativen Minderwertigkeit der Klitoris andere erogene Qualitäten zur Herstellung des vaginalen Primats zu mobilisieren und die Klitoriserotik auf die Vagina zu verschieben, ein Prozeß, der nur unter günstigen Bedingungen der Entwicklung und erst nach der Pubertät endgültig abgeschlossen wird. Nach den übereinstimmenden Ansichten mehrerer Autoren spielt die Vagina als erogene Zone in der Kindheit keine Rolle; man findet nämlich in den Analysen von Frauen keine Hinweise auf vaginale Onanie in der Kindheit, mit Ausnahme der Fälle, die sehr früh zu koitusähnlichen Manipulationen verführt wurden und auf diese Weise die Scheide als Lustorgan entdeckten.

Das Problem, von dem Freud in seiner neuesten Untersuchung über „Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes"[5] ausging, war, woher es denn komme, daß das Mädchen, das ebenso wie der Knabe aus früherer Zeit eine Bindung an die Mutter in die genitale

---

1) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Schriften, Bd. V.

2) Die infantile Genitalorganisation. Ebendort.

3) Vgl. H. Deutsch, Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen, 1925. (Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse, Nr. V.)

4) Eine Patientin, deren Krankengeschichte ich publiziert habe (Eine hysterische Psychose *in statu nascendi*, Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, XI, 1925), erinnerte in der Analyse, in ihrem dritten Lebensjahre die Theorie gebildet zu haben, daß es zwei Sorten von Buben gäbe: die braven und die bösen Buben; diesen, den Mädchen, wäre das Glied zur Strafe für die Berührung des Geschlechtsteiles weggeschnitten worden.

5) Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, XII, 1926.

Phase mitbringt, sich nun dem Vater zuwendet. Beim Knaben liegt das Problem insofern einfacher, als er sein ursprüngliches Objekt nicht zu wechseln braucht, sondern bloß aus der relativ passiven Haltung der prägenitalen Phase in die aktive der phallischen treten muß. Das Mädchen hingegen wird nicht nur ebenso aktiv wie der Knabe, sondern wechselt auch das Objekt. Als Ursachen der Lockerung des Verhältnisses zur Mutter und der Zuwendung zum Vater führt Freud an: *1)* Die Lösung von der Mutter wird häufig durch Eifersucht auf ein von ihr bevorzugtes Kind eingeleitet. *2)* Die Mutter wird für den Penismangel verantwortlich gemacht; sie hat „das Kind mit so ungenügender Ausrüstung in die Welt geschickt".[1] *3)* Da Frauen nach Freud die Onanie im allgemeinen schlechter vertragen als Männer, liegt es nahe anzunehmen, daß diese lustbringende Betätigung durch die narzißtische Kränkung der Penislosigkeit verleidet wird, durch „die Mahnung, daß man es in diesem Punkte doch nicht mit dem Knaben aufnehmen kann und darum die Konkurrenz mit ihm am besten unterläßt". Das Mädchen gibt den Wunsch nach dem Penis auf, um den Wunsch nach einem Kinde an dessen Stelle zu setzen, und „nimmt den Vater in dieser Absicht zum Liebesobjekt". Der Kastrationskomplex leitet also beim Mädchen den Ödipus-Komplex ein, während dieser beim Knaben an der Kastrationsangst zugrunde geht.[2] Freud läßt die Frage offen, ob diese Motive der weiblichen heterosexuellen Objektwahl, die er in einigen Fällen fand, allgemein gültig sind. Obgleich nun die geschilderten Erlebnisse des kleinen Mädchens typisch sind und daher zu den normalen Bedingungen der weiblichen Sexualentwicklung gezählt werden können, scheinen sie uns doch die spätere Einstellung des Weibes zum Manne nicht genügend zu erklären.

Ehe wir einige analytische Ergebnisse dazu vorbringen, wollen wir die Anschauungen Ranks besprechen, der in seiner neuesten Arbeit

1) Eine meiner Patientinnen träumte, daß sie sich in einem Zimmer befand, dessen Decke sich plötzlich zu senken begann; sie wußte, daß sie jetzt hinausmüsse. Wie sie draußen war, dachte sie, sie hätte irgendeinen länglichen Gegenstand drinnen vergessen, wollte zurückeilen, um ihn zu holen, es war jedoch zu spät. Der Sinn des Traumes war, daß sie bei ihrer Geburt den Penis im Mutterleibe vergessen hätte und ihn nun wieder holen wollte.

2) Vgl. Freud: Der Untergang des Ödipus-Komplexes, 1924. Gesammelte Schriften, Bd. V.

„Zur Genese der Genitalität“[1] von demselben Problem ausging wie Freud, jedoch die Schwierigkeit der Frage nicht in der Objektwahl des Mädchens sondern in der des Knaben sieht.

Beide Geschlechter sind ursprünglich mit oraler Libido an die Mutter (Brust) fixiert. Die normale Endsituation ist nun die, daß das Mädchen vaginal den Penis des Mannes, der Knabe phallisch die Vagina des Weibes begehrt. Beim Mädchen liegt nach Rank der relativ einfachere Tatbestand vor, daß das Spielen mit der Brustwarze in der Säuglingsonanie auf die Klitoris übergreift und die Brust durch den Lutschfinger, später durch den Penis des Mannes ersetzt wird. Es findet also eine umfassende Verschiebung oraler Libido auf das Genitale statt: Der Penis übernimmt schließlich die Rolle der Brust, die Vagina die des Mundes, so daß die Endsituation der ursprünglichen völlig analog ist.

Anders beim Knaben; hier „wird der die Brustwarze ersetzende Lutschfinger beim Spielen am Penis bald durch die Hohlhand abgelöst, welche zunächst die Mundhöhlung ersetzt . . . In der Reifezeit tritt dann noch der Samen als Milchersatz hinzu, so daß man die spätere Masturbation als vollwertigen Ersatz des Saugaktes auf der narzißtischen Stufe der Genitalität beschreiben kann.“ Rank nimmt nun an, daß diese Verschiedenheit im Mechanismus der Masturbation: „beim Knaben voller Ersatz des Saugaktes: Penis—Brust, Hohlhand—Mund, Samenerguß—Milchstrom; beim Mädchen dagegen nur Spielen an der Brustwarze—Klitoris mit einem anderen Brustersatz, dem Lutschfinger, der erst später vom Penis ersetzt wird“, dazu verhilft, das endgültige Ziel der normalen Entwicklung zu erreichen; beim Knaben genitale Bemächtigung der Mutter, beim Mädchen „Identifizierung mit derselben durch narzißtische Besetzung der eigenen Brust mit narzißtischer Libido“. Es ist nicht klar, was Rank mit diesem letzten Satze meint: der Vorgang, den er als normalen beschreibt, führt doch gerade zu dem Endergebnis, das man bei manchen Neurotikern antrifft und das Rank mit Recht als Gegensatz der normalen Einstellung hervorhebt; meine eigenen Untersuchungen der Libidoverschiebung bei der chronischen Neurasthenie haben ergeben, daß gerade dann die schwersten Defekte der männlichen Potenz zustande

1) Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, XII, 1926 (abgedruckt in „Sexualität und Schuldgefühl“, Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Bd. XX).

kommen, wenn der Penis voller Ersatz der begehrten Mutterbrust, der Samen ein solcher der Milch geworden ist. Und Mädchen, die die Brust mit narzißtischer Libido besetzt haben, neigen zur Ablehnung des Mannes, da sie ihre Brust unbewußt als Penis phantasieren. Die ungenaue Unterscheidung zwischen den Bedingungen der normalen und der pathologischen Sexualentwicklung bei Rank geht ferner aus folgendem Satze in der zitierten Arbeit hervor: „Uns interessiert ... hier nicht so sehr, wieviel von der ursprünglich oral-sadistischen Bewältigung der Mutter durch den Säugling ins normale oder perverse Sexualleben mitgenommen wird, sondern wie der Rest — man wäre auf Grund der zahlreichen Perversionen und Neurosen fast versucht, zu sagen, der schäbige Rest[1] — auf die genitale Stufe verschoben wird." Wir vermuten hier eine terminologische Ungenauigkeit: denn die Sexualentwicklung mancher Neurosen und der Perversionen unterscheidet sich gerade dadurch von der normalen, daß zuviel orale, sadistische und andere Libido „auf die genitale Stufe mitgenommen", d. h. mit anderen Worten, daß eine Fixierung der Libido an der oralen, beziehungsweise sadistischen Position vorliegt. Für die normale Sexualentwicklung muß die Frage lauten, wieviel libidinöses Interesse den prägenitalen Zonen entzogen und der genitalen Zone zugewendet wurde; ferner unter welchen Bedingungen sich die genitale Libido relativ rein von Beimischungen prägenitaler Tendenzen entfalten kann. Wir sehen bereits den Unterschied in der Problemstellung selbst: Rank fragt, wie die Genitalität aus den prägenitalen Zonen entsteht, wir fragen, wie sich die Genitallibido ungestört von den Einflüssen der prägenitalen Libido entfalten kann.

Im Rahmen psychologischer Analyse, die über das Individuelle nur notgedrungen hinausgehen dürfte, bedarf es einer strengen Unterscheidung zwischen „Triebentwicklung" und „Entwicklung der Beziehungen zur Außenwelt"; diese beruhen zwar auf triebhaften Einstellungen, aber sie stellen doch auch eine höhere Stufe der Triebentwicklung dar und überdies hängen sie in erster Linie von den Erlebnissen selbst ab. „Genese der Genitalität" kann meinen: *a)* die Entstehung der genitalen Antriebe, *b)* die Entstehung der genitalen Objektliebe und die Objektwahl.

1) Von mir gesperrt.

Es ist nun methodisch einwandfrei, die Genese der Objektliebe psychologisch zu untersuchen, nicht aber die der phallischen Erotik, die von Körperreizen herstammt und daher psychologisch unzugänglich ist.

Daß Rank die Auffassung hat, die phallische Erotik sei reduzibel und nicht etwas psychologisch Letztes, geht aus folgendem Satze (l. c. S. 418) hervor: „Die Aggression kann sich zeitweise auf der genitalen (und ursprünglich oralen) Stufe ausleben, und diese Fähigkeit ist es, die wir (beim Manne) als Potenz charakterisieren. Ihr sichtbares Zeichen, die Erektion, wäre sozusagen ein passageres Konversionssymptom sadistisch-oraler Libido (sexueller Appetit)." Es ist nicht klar ersichtlich, warum die genitale Erotik einer psychogenetischen Erklärung eher bedarf als z. B. die orale oder anale Erotik, für die ein solches Problem auch noch nie aufgestellt wurde. Fragt man hingegen, was die phallische Erotik in Erscheinung treten läßt, so genügt zunächst die Auskunft Freuds, daß dafür die Versagungen der analen Befriedigungen, die mit den Reinlichkeitsprozeduren verbundenen äußeren und die inneren Reize verantwortlich zu machen sind. Zu diesen methodischen Bedenken kommen die zahlreichen klinischen Erfahrungen hinzu, daß die Erektion gerade dann versagt oder die Befriedigung wie bei der Zwangsneurose gering ist, wenn der Phallus in den Dienst oraler oder sadistischer Tendenzen getreten ist.

Ganz dieselben Einwände müssen den Versuchen mancher Analytiker, den Sexualakt zu deuten, entgegengehalten werden. So meint Rank, „der normale Sexualakt selbst wäre nicht nur Ersatz, sondern zugleich sadistische Rache für die versagte Oralbefriedigung an der Mutterbrust, und je nachdem die eine oder andere Tendenz zu stark überwiegt, resultieren die uns bekannten Störungen des Liebeslebens, die sich für beide Geschlechter auf die Formel reduzieren lassen: zu weitgehender Ersatz für die orale Befriedigung an der Mutter (Brust) oder zu weitgehende Rache für die Entziehung dieser Befriedigung". Sollte der normale Sexualakt wirklich nur ein Ersatz und eine Rachetat sein? Es geht auch nicht an, den Sexualgenuß des Weibes im Sexualakt als Höhepunkt masochistischen Erlebens hinzustellen, wie es von anderer Seite geschah. Und wenn ferner behauptet wurde, daß der Höhepunkt des weiblichen Sexualgenusses im Geburtsakt erlebt werde, so liegt entweder eine störende Ungenauigkeit der Ausdrucksweise oder eine durch keinerlei klinische Tat-

sache zu rechtfertigende Annahme vor, denn die vaginal-masochistischen Patientinnen sind ausnahmslos in hohem Grade sexualscheu und anästhetisch, wenn es zum Akt kommt, und wir meinen doch, daß der Höhepunkt des Sexualgenusses auch für das Weib im Sexualakt (im vaginalen Orgasmus) liegt.

Solchen Deutungen von Tatbeständen liegen neben den methodischen Ungenauigkeiten zweierlei Fehler zugrunde. Erstens werden allzuleicht Zusammenhänge, die man bei schwer Kranken antraf, zur Deutung von normalen Funktionen herangezogen, ohne daß auf Ausmaß, Intensität und Form des Trieblebens geachtet würde. Zweitens wird häufig von einer bloßen Analogie auf Identität geschlossen; so wird in der Psychoanalyse häufig das Wort „ist" oder „bedeutet" ungenau gebraucht, und wenn es in dem einen Zusammenhange nicht viel ausmacht und bloß als Ungenauigkeit zu werten ist, so kann es in einem anderen eine Quelle falscher Behauptungen und unentwirrbarer Verwicklungen werden. Der normale Koitus z. B. soll eine Regression in den Mutterleib „sein" oder „bedeuten". Daß er es tatsächlich ist, kann nicht möglich sein. Daß er es bloß bedeutet, kann heißen, daß der Betreffende bewußt zwar den Koitus wünscht, aber unbewußt die Rückkehr in den Mutterleib meint. Hebt man bei solcher Deutung nicht hervor, daß man das archaische Unbewußte meint, so liegt offenbar eine Übertragung vom Gebiete des Pathologischen in das des Normalen vor. Der Impotente meint vielleicht auch die Rückkehr in den Mutterleib, wenn er vom Koitus träumt, aber er meint sicher den Koitus, wenn er im Traume z. B. in eine Höhle hineinkriecht, oder er flieht vor der vermeintlichen Kastration beim Akte in den Mutterleib. Was dabei übersehen wird, ist die wichtige Tatsache, daß er eben deshalb impotent ist, weil für ihn der Koitus nicht bloß oder überhaupt nicht die Befriedigung der autochthonen Genitalität in der Vorlust und Endlust ist, sondern eben nur oder hauptsächlich die Befriedigung seiner Mutterleibssehnsucht, seiner oralen Libido, seines Sadismus usw. Es ist nun eine gesicherte Annahme, daß die genitalen Wünsche regressiv durch prägenitale Wünsche und Mutterleibssehnsucht ersetzt werden, wenn infolge der Kastrationsangst die genitale Befriedigung abgelehnt wird.

Ferenczi setzte in seiner „Genitaltheorie" die „bioanalytische" Deutung des Koitus an die Stelle der individuell-psychologischen. Das ist

methodisch einwandfrei. Einen Teil seiner spekulativ gewonnenen Auffassung, daß nämlich die Ejakulation der biologischen Autotomie eines Schmerz oder Spannung verursachenden Organs entspreche, konnten wir klinisch bestätigen. Dadurch wurde das heuristisch Wertvolle mancher „Spekulation" erwiesen. Allerdings bedeutet die Ejakulation für das gesunde Individuum keine Kastration; der Orgasmus bedeutet bloß für manche neurotische Menschen eine Gefahr (Kastration) und wird eben dadurch gestört. Das normale Gefühl des „Sich-Verlierens" im Orgasmus kann nur zustande kommen, wenn man von Kastrationsangst frei ist.

Ein anderer Teil der Annahmen Ferenczis, der die Zusammensetzung der Genitalität betrifft, bedarf eingehenderer Besprechung. Ferenczi versuchte den Vorgang der Friktion und Ejakulation als Resultat einer Amphimixis analer und urethraler Triebkräfte verständlich zu machen. Die Ejakulation wäre ein urethraler, das Verlängern der Friktionszeit durch Zurückhaltung des Samens ein analer Vorgang. Im Kampfe zwischen Hergeben- und Behalten-Wollen siege normalerweise schließlich die Urethralerotik. Bei der ejaculatio praecox überwiege von Anbeginn die urethrale, bei der impotentia ejaculandi die anale Strebung und es sei ein Ausgleich dieser beiden Tendenzen notwendig, damit die normale ejakulative Potenz zustande komme. Dem muß entgegengehalten werden, daß die Ejakulation sich restlos aus dem reflektorischen Vorgang am spinalen Zentrum erklärt, der durch die Friktion als sensiblen Reiz in Gang gesetzt wird. Und die Friktion selbst kann psychologisch wohl ebensowenig erklärt werden, wie das Kratzen einer juckenden Hautstelle, wenn man nicht Physiologisches psychologisch deuten will. Für Ferenczi war diese Deutung allerdings bloß der Ausgangspunkt seiner vielversprechenden „bioanalytischen" Hypothese. Im allgemeinen lehrt die Erfahrung, daß die Genitalfunktion durch nichtgenitale Tendenzen nur gestört werden kann. Es muß also, wenn die Annahme Ferenczis richtig ist, etwas zur Verschiebung analer und urethraler Qualitäten auf das Genitale hinzukommen, damit die normale Genitalfunktion zustande komme. Sollte nicht beim Manne die phallische Libido selbst, die ihren eigenen erogenen Ursprung hat, eine solche Veränderung bedingen?

Untersucht man analytisch die normale Genitalfunktion bei Männern, die im Sinne unserer Definition orgastisch potent sind, so trifft man neben der phallischen Objektliebe, die sich eindeutig äußert, zahlreiche,

mehr oder weniger intensive Tendenzen an, die uns aus den Analysen von Impotenten so gut als prägenitale sowie sadistische Wünsche und als Mutterleibssehnsucht bekannt sind. Kann man aus solchem Vorhandensein allein schon einen Schluß auf die Genese des Vorgangs oder den „Sinn" einer Funktion ziehen? Gewiß nicht, denn es könnten ja manche Tendenzen sekundär hinzugekommen sein, nachdem sich die Funktion, spezifisch determiniert, bereits gebildet hatte. Wenn sich in Analysen Gesunder z. B. die sadistische oder orale Tendenz verstärkt, so leidet die genitale Funktion, und zwar unanzweifelbar aus diesem Grunde; dagegen ändert sich nichts, wenn die genitale Lust oder die Erlebnisse im Orgasmus analysiert werden, sofern dabei nicht alte Inzestwünsche rege werden. Normalerweise unterliegt die genitale Erotik keinerlei Einschränkung durch das Über-Ich, von dessen Standpunkt aus die Genitalität entweder nur geduldet oder sogar gebilligt, aber keineswegs abgelehnt wird. Es läßt sich durch Vergleich leicht feststellen, daß sogar der feine Unterschied zwischen der bloßen Duldung und der Billigung der genitalen Befriedigung durch das Über-Ich sich in der Intensität der Endbefriedigung und in der Gesamthaltung zum Sexualobjekt sowie zu Fragen der Geschlechtlichkeit überhaupt ausdrückt. Die prägenitale Erotik hat sich individuell verschieden stark sekundär hinzugesellt und wird in der Vorlust und Endlust mitbefriedigt; das macht die Differenziertheit der normalen Genitalität aus. Werden solche prägenitale Ansprüche durch Verdrängung oder auch bloße Abwehr von der Teilnahme an der Genitalbefriedigung ausgeschlossen, so leidet darunter auch diese mehr oder weniger, je nach der Intensität der betreffenden Regung und der Abwehr, die sie erfährt. Was ist das Motiv dieser Ablehnung?

Es ist unwahrscheinlich, daß die prägenitalen und die anderen nicht zur Genitalität gehörenden Ansprüche unverändert, d. h. unbeeinflußt durch die genitale Tendenz an der allgemeinen Sexualbefriedigung teilhaben dürfen. Das wird sofort klar, wenn man an ihre eigentlichen Triebziele denkt, die beim normalen Sexualakt irgendwie abgeändert werden müssen, sollen sie nicht störend auf das Ich wirken. Der den Sexualakt einleitende Kuß befriedigt gewiß orale Libido; ihr ursprüngliches Triebziel war das Saugen; als Küssen wird es auf die genitale Stufe der Befriedigung gehoben. Die Abänderung vom Saugen zum Küssen kann ohne Bedenken dem Einfluß der genitalen auf die orale

Erotik zugeschrieben werden; das zeigt sich am besten beim Zungenkuß. Eine gegenteilige Beeinflussung ist gewiß auch anzunehmen, wenn der Mund bei den Vorlustakten mit den Genitalien des Partners in Berührung tritt. Von hier zur Fellatio oder zum Cunnilingus als Perversion mit ausschließlichen Absichten gibt es alle Übergänge; dabei nimmt die Impotenz mit dem Überwiegen der prägenitalen Ansprüche zu.

Die Analität wird als Tendenz zum Koitus *a tergo* oder als Geruchserotik auf die genitale Stufe gehoben. Ebenso der Sadismus des Mannes und der Masochismus der Frau, jener als spezifische männliche Aktivität, dieser als weibliche Passivität. Die Urethralerotik scheint ganz im Sinne Ferenczis wegen der genetischen Beziehungen zur Genitalität in der Ejakulation restlos mitbefriedigt werden zu können. Das pathologische Extrem ist die ejaculatio ante portas bei schlaffem Gliede, bei der die Urethralerotik das Genitale ausschließlich besetzte.

Die „Unterordnung der prägenitalen Ansprüche unter den genitalen Primat" in der phallischen Phase der Libidoentwicklung bedingt also auch eine qualitative Abänderung der Partialtriebe, die dem phallischen Charakter der Libido und den Einflüssen des sich nunmehr formierenden Über-Ichs zuzuschreiben ist. Es kann der Fall eintreten, daß die eine oder die andere prägenitale Regung auf Grund einer partiellen Fixierung und isolierten Verdrängung von der Genitalisierung ausgeschlossen bleibt oder im Laufe der Entwicklung der Sexualbetätigungen zur Zeit der Pubertät oder später wieder erniedrigt und zur Teilnahme an der genitalen Befriedigung nicht zugelassen wird. Eine solche Isolierung, beziehungsweise partielle Verdrängung, birgt zweierlei Gefahren in sich. Erstens wird dadurch ein mehr oder weniger großer Libidobetrag von der Befriedigung ausgeschlossen und gestaut und die notwendige Gegenbesetzung schwächt die Harmonie des Sexualerlebens. Zweitens wirkt die verdrängte Regung ständig anziehend auf andere Tendenzen und wird dadurch ein Schlupfwinkel für verpönte Wünsche; so bildet sich der Keim, aus dem sich bei entsprechenden Anlässen eine Neurose entwickelt. So sieht man z. B. bei erektiv potenten zwangsneurotischen Charakteren ein strenges Tabu jeder anderen als der „normalen" Koituslage. Wir haben an Beispielen gezeigt, wie sehr nicht genitalisierte Analerotik den Orgasmus der Frau stören kann. Der verdrängte Triebanspruch könnte wohl allein keine Neurose erzeugen, wenn

nicht die allgemeine Schwächung der genitalen Befriedigung und als deren Folge die Libidostauung hinzukämen. In dieser Hinsicht ist dasjenige Tabu besonders gefährlich, das Manipulationen betrifft, die irgendeinmal mit der onanistischen Betätigung des Betreffenden zusammenhingen. Als besonders typisch sei das Tabu der gegenseitigen Berührung der Genitalien hervorgehoben. In solchen Fällen ist ein wichtiges Stück der Genitalität selbst von der Befriedigung ausgeschlossen worden; das beeinträchtigt aber nicht bloß die Befriedigung, sondern ruft bei Frauen überaus leicht vaginale Anästhesie hervor und bedingt bei Männern weitgehende Lustlosigkeit beim Akte, wenn nicht Schwächung der erektiven Potenz.

Nach diesem Versuch, die Entwicklung der Triebziele und deren Wechselbeziehungen zu klären, kehren wir zur Frage der Objektwahl zurück.

*

Die heterosexuelle Objektwahl des Knaben steht in keinerlei Widerspruch zu den Triebzielen der verschiedenen Entwicklungsstufen der Libido; die Ziele der oralen sowohl wie die der sadistischen, urethralen und phallischen Libido sind dem Objekt, das dem Knaben von der Geburt an am nächsten steht, der Mutter, angepaßt im Sinne einer individuell und biologisch zweckdienlichen Sexualeinstellung im späteren Leben. Daß der Wechsel der erogenen Beziehungen zu diesem Objekt kein Problem mehr ist, haben wir früher durch Zusammenfassung der bereits bekannten Entwicklungsbedingungen der Libido und durch die Klärung der die „Genese der Genitalität" betreffenden Problemstellung nachgewiesen. Wenden wir uns nun der Frage der Objektwahl des Mädchens zu.

In der psychoanalytischen Literatur stehen zwei zum Teil gegensätzliche Ansichten einander gegenüber. Die eine wird von Freud und H. Deutsch vertreten und geht dahin, daß die Weiblichkeit in der Pubertät und deren Vorstufe, die Liebeseinstellung des kleinen Mädchens zum Vater, reaktiv zustande kommen, daß sich also das Mädchen zunächst auf der Linie der Aktivität und Männlichkeit entwickle und erst sekundär zur weiblichen hinüberschwenke. Karen Horney[1] vertrat als

1) Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, X, 1924.

erste auf Grund ihrer Analysen den Standpunkt, daß der Versagung des Kindeswunsches in der Genese des weiblichen Kastrationskomplexes, Penisneides und Männlichkeitswunsches eine hervorragende Bedeutung zukomme und die männlichen Haltungen des Weibes als Reaktionsbildungen und Resultate falscher Identifizierungen aufzufassen seien. Ich mußte mich dieser Ansicht in meiner Untersuchung der Fehlidentifizierungen beim triebgehemmten Charakter anschließen.[1] In seiner letzten Arbeit stellt es Freud (a. a. O.) selbst nicht als gesichert hin, daß seine Erklärung der weiblichen Objektwahl allgemein zutreffe. Hingegen gewinnt man beim Studium der Arbeit von H. Deutsch den Eindruck, als meinte sie, daß der Penisneid der ursprüngliche Motor aller wesentlichen Haltungen des Weibes sei (das Kind als Ersatz des Penis, die weibliche Sexuallust beim Koitus als Resultat der Identifizierung mit dem Manne). Es ist nun gewiß nicht möglich, in der Frage, ob der Kindeswunsch und die weibliche Passivität oder der Peniswunsch und die männliche Aktivität zuerst zur Entwicklung kommen, eine allgemeingültige Entscheidung zu treffen. Wenn man jedoch auch in der Frage der weiblichen Sexualentwicklung Triebziel und Triebobjekt auseinanderhält, so kann man einige scheinbare Widersprüche beseitigen, die der weiteren Klärung des Problems entgegenstehen.

Für die Annahme von Freud und H. Deutsch spricht die Tatsache, daß es eine vaginale Organisation, wie sie später die Grundlage bejahter Weiblichkeit wird, in der Kindheit nicht gibt; die Klitorisonanie im Ödipus-Alter und in der Pubertät gehört zu den typischen Befunden und der Peniswunsch ist immer anzutreffen, wenn er auch nicht in allen Fällen eine primär pathogene Rolle spielt. So findet man ihn z. B. bei den charakterologisch weiblichsten und mütterlichsten Frauen, was auch von Horney (l. c.) hervorgehoben wurde. „Peniswunsch" und „Männlichkeitswunsch" sind also nicht identisch; es gibt zwar diesen niemals ohne jenen, aber nicht umgekehrt. Der Männlichkeitskomplex der Frau ist die charakterologische Äußerung des Peniswunsches und kann nur zustande kommen, wenn eine Identifizierung mit dem Manne (Vater) im Ich stattgefunden hat. Das

1) Kapitel über die Fehlidentifizierungen in „Der triebhafte Charakter", 1925. (Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse, Nr. IV.)

ist zumeist bei weiblichen Zwangsneurosen der Fall. Bei Hysterien hingegen blieb der Peniswunsch gewöhnlich ohne wesentlichen Einfluß auf die weibliche und mütterliche Haltung und äußert sich isoliert in einzelnen Symptomen.

Die Analyse der Entwicklung der heterosexuellen Objektliebe bei verschiedenen Typen frigider Frauen ergibt, daß sie weniger von der Klitoriserotik und vom Peniswunsch abhängt als von den äußeren Bedingungen, denen die Identifizierungen unterworfen sind.

Bei manchen Frauen, die den Mann und die Heterosexualität ablehnen, sowie ein betont männliches Gehaben zur Schau tragen, hat das Verhalten des Vaters zu einer frühzeitigen und vollständigen Identifizierung mit ihm geführt:[1] Sie haben zu wenig Liebe und Entgegenkommen vom meist strengen, abweisenden, kalten oder auch gelegentlich brutalen Vater erfahren. In ihren sadistischen Phantasien erscheinen sie selbst als Träger dieser Eigenschaften, was in seltsamem Widerspruch steht zu der Verachtung, die sie für die „brutalen Männer" allein übrig haben. Ist bei solchen Frauen die positive Übertragung in der Analyse stark geworden, so tauchen aus tieferen Schichten des Unbewußten, die einem früheren Stadium der Libidoentwicklung entsprechen, Kindeswünsche und die Tendenz zur weiblichen Hingabe an den Arzt (Vater) auf. Solche Fälle, deren Analyse bis an die Grenze des noch erinnerungsfähigen Alters geführt wurde, hatten die Urszene in voller Mutteridentifizierung erlebt und es ließ sich auch das Alter nachweisen, in dem die Vateridentifizierung entstand, die die Mutteridentifizierung überlagerte und von der Gestaltung des Charakters ausschloß. Bei der Herstellung der Vateridentifizierung spielte die Urszene insofern eine wichtige Rolle, als das brutale Verhalten des Vaters am Tage völlig zur „Raufszene" paßte, die das Mädchen in der Nacht belauschte, so daß sie zur Auffassung kommen mußte, daß die Mutter geschlagen, verletzt, kastriert werde. Mit der Abwendung vom Vater, die das Aufgeben der Mutteridentifizierung und die Introjektion des aufgegebenen Vaters zur Folge hatte, schloß die Ödipus-Einstellung ab. Da sich das Mädchen mit der Mutter in der Urszene identifizierte, kann

1) Vgl. den Bericht über die Patientin mit der vasomotorischen Neurose im III. Abschnitt.

nur die Kastrationsangst das Motiv der Abwendung vom Vater gewesen sein. Das zeigte sich auch bei der positiven therapeutischen Reaktion solcher Patientinnen. Wenn sich nämlich ihre mütterliche Identifizierung, veranlaßt durch die positive Übertragung, zu regen begann, tauchten in Nacht- und Tagträumen masochistisch gefärbte Koitusphantasien auf, die zunächst mit einer akuten Verstärkung der Männlichkeit und des Männerhasses abgewehrt wurden. Das tiefste Motiv dieser Abwehr ist deutliche Genitalangst. So vertragen solche Frauen, wenn sie bisher den ehelichen Akt bloß erduldeten, den Koitus nicht mehr und fürchten mit oder ohne Angstaffekt, daß ihnen dabei etwas geschehen könnte. Das Verständnis der Angst vor dem Verlust des Penis begegnet hier keinen Schwierigkeiten, denn nach der Herstellung der Vateridentifizierung verwandelte sich der Wunsch, einen Penis zu besitzen, in eine unbewußte Phantasie, einen solchen wirklich zu besitzen. (Eine Patientin mit solcher Phantasie urinierte immer nur stehend über der Klosettöffnung.) Was man aber zu besitzen glaubt, muß man auch zu verlieren fürchten. Schwieriger ist das Verständnis der Kastrationsangst vor der Herstellung der Vateridentifizierung. Damals bestand doch nur ein Peniswunsch. Das schließt wohl die Kastrationsangst im engeren Sinne aus, nicht aber die Angst, an dem bereits beschädigten Genitale noch weiter beschädigt zu werden; denn ein Rest verblieb: die Klitoris, von der manche Mädchen glauben, daß sie noch nachwachsen werde, und die doch auch Lust verschafft. Trotzdem entspräche den psychologischen Tatbeständen beim Weibe eher der Ausdruck „Genitalangst" als „Kastrationsangst".

Die Vateridentifizierung im Ich, die charakterologisch den Männlichkeitskomplex herstellt, war also Folge der Liebesversagung, die das Mädchen vom Vater erfuhr, und nicht (wenigstens nicht unmittelbar) die des Peniswunsches. Dieser bestand zunächst für sich allein und unabhängig von der Mutteridentifizierung und geriet mit ihr erst in Konflikt, als sie auf die Schranke der äußeren Versagung stieß. Erst durch die Vateridentifizierung, welche die Folge von rein äußerlich bedingten Erlebnissen war, erlangte er die Macht, die wir später in Charakter und Symptomen wirken sehen.

Daß der Peniswunsch nicht immer zur Männlichkeit führt, geht aus dem Vergleich solcher Patientinnen mit den anderen hervor, die nie

einen männlichen Charakter entwickelt haben, sondern von jeher weibliche, ja trotz der Hysterie gelegentlich auch mütterliche Eigenschaften zeigten, die auf einer Mutteridentifizierung im Ich beruhen. Der von H. Deutsch (l. c.) beschriebene „Aktivitätsschub" in der Pubertät war eine vorübergehende Erscheinung[1] und vermochte nicht, den femininen Grundzug der Persönlichkeit in bemerkenswerter Weise zu verändern.

Die Analyse der Entwicklung der Objektbeziehungen zeigt auch hier die große Bedeutung, die das reale Verhalten und der Charakter des Vaters für die Entwicklung und Erhaltung der Weiblichkeit hat. Ohne selbst weiblich und der Mutter unterlegen zu sein, brachte der Vater dem Mädchen viel zielgehemmte Liebe entgegen, so daß zur inneren Versagung keine so groben äußeren hinzukamen wie beim früher beschriebenen Typ und daher auch der Anlaß zu einer totalen Vateridentifizierung wegfiel. Die Mutteridentifizierung konnte auch noch aus dem Grunde bestehen bleiben, daß die Objektliebe wenigstens in zärtlicher Hinsicht befriedigt war. Was ihr zur restlosen Festigung fehlte, war die vaginalerotische Grundlage, die wegen neurotischer Konflikte nicht zustande kommen konnte. Unter diesen spielt im Gegensatz zum zuerst beschriebenen Typ, dessen heterosexuelle Sinnlichkeit an der Genitalangst scheitert, die Inzestscheu und das Schuldgefühl der Mutter gegenüber die wichtigste Rolle. Bei schwereren Hysterien kommt freilich auch eine heftige Koitusangst (Genitalangst) hinzu.

Klitorisonanie und Peniswunsch gehören jedoch auch in diesen Fällen zu den typischen Befunden. Was macht also den Unterschied dieser zwei Typen aus? Es läßt sich nun durch Vergleich feststellen, daß beim zwangsneurotisch-männlichen Typ die Klitorisonanie mit sadistischen und aktiv-homosexuellen Phantasien, beim hysterisch-femininen mit heterosexuellen, sehr häufig auch masochistischen Koitusvorstellungen einhergeht.

---

1) Doch kann der Aktivitätschub als Vorläufer der femininen Passivität nicht als typisch hingestellt werden. Ich behandelte eine Patientin mit chronischer Depression und männlichem Charakter, bei der der entgegengesetzte Vorgang festzustellen war. Zur Zeit der ersten Menstruation waren zuerst hingebende weibliche Phantasien, die dem Vater galten, aufgetaucht. Sie erschrak heftig, als sie merkte, daß sie die Küsse des Vaters anders empfand als bisher, zog sich zurück und war von da ab betont männlich.

Aus diesen Tatbeständen erklärt sich die scheinbare Differenz der Ansichten von Freud und H. Deutsch einerseits, Horney und mir anderseits. Jene Autoren meinen die phallisch-männliche Libido, die sich zuerst entfaltet, wir meinen diejenige psychische Einstellung des kleinen Mädchens zum Vater, die die Vorstufe der späteren weiblichen Haltung ist und sich unserer Auffassung nach zuerst entwickelt. Die weibliche Sexualentwicklung wird dadurch kompliziert, daß das kleine Mädchen den Vater zunächst mit einem männlichen Organ begehrt (Koitusphantasie mit Klitorisorgasmus). Es steht derzeit der Auffassung nichts im Wege, daß die Organlibido des Weibes im Beginne männlich, ihre psychische Haltung (mit einer Ausnahme[1]) normalerweise stets weiblich oder der späteren Weiblichkeit ähnlich ist.

Es mag ganz auf den Zufall ankommen, ob das Mädchen zuerst den Penis an Spielkameraden oder Geschwistern entdeckt oder z. B. anläßlich der Geburt eines Kindes zuerst den Kindeswunsch akquiriert. Es steht auch noch sehr in Frage, ob der Vergleich der Genitalien vor der genitalen Phase überhaupt im Sinne des Kastrationskomplexes wirksam wird; denn dazu gehört doch zweifellos, daß das Genitale als Lustquelle bereits entdeckt und narzißtisch besetzt wurde. Wichtiger ist, daß der Peniswunsch und der Kindeswunsch, beide als Wurzeln extremer Einstellungen, sich so lange gut vertragen und ohne gegenseitige Beeinflussung nebeneinander bestehen, bis individuell sehr verschiedene Schicksale in der stürmischen Ödipus-Periode die Gleichung: Penis — Kind in dieser oder jener Richtung herstellen und das Mädchen aus dem Ödipus-Konflikt mit dem Männlichkeitskomplex oder mit der Mutteridentifizierung hervorgeht; dabei spielt die stets bereits aktivierte Klitoriserotik keine spezifische Rolle.

Wurde die Ödipus-Phase des Mädchens charakterologisch mit einer Mutteridentifizierung abgeschlossen, so verträgt sich diese mit der Klitoriserotik nur bis zur Pubertät; hier geht sie, nachdem die alten Konflikte

1) Wenn nämlich das Mädchen durch einen brutalen Vater an der Entfaltung ihrer Mutteridentifizierung von vornherein verhindert wird, so bleibt sie entweder dauernd oral an die Mutter fixiert und wird später eine völlig infantile Persönlichkeit, oder sie identifiziert sich mit dem Vater, noch ehe sie ihn lieben lernen konnte. Diesen Tatbestand fand ich bei triebhaften masochistischen Psychopathen mit schwerem Infantilismus.

wieder akut wurden, zugunsten des Männlichkeitskomplexes endgültig unter, wenn sie nicht auf die Basis des vaginalen Primats gestellt wird.

Die Frage, wie der vaginale Primat zustande kommt, ist ein in wichtigen Punkten noch ungeklärtes Problem. In den „drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" meinte Freud, die Klitoriserotik werde normalerweise in der Pubertät auf die Vagina verschoben, ohne sich näher über die Art und die Bedingungen solcher Verschiebung zu äußern. Vergleichende Untersuchungen haben nun ergeben, daß die wichtigste Bedingung der Verschiebung die charakterologische Mutteridentifizierung im Ich ist. Es ist jedoch trotz dieser seelischen Haltung zu fragen, wie sich die phallische Klitoriserotik in die rezeptive Erotik der Scheide zu „verwandeln" vermag; denn eine bloße Verschiebung ohne solche Umwandlung wäre schwer vorzustellen.

Nun hat meines Wissens Jekels[1] als erster die Analität mit der vaginalen Erotik auf Grund der rezeptiven Qualität (Höhle), die sie gemeinsam haben, in kausale Beziehungen gebracht. Die gleiche Ansicht vertraten später auch Ferenczi[2] und Lou Andreas-Salomé. Neuerdings fand H. Deutsch (l. c.), daß die Vagina neben analen auch orale, also wieder rezeptive Qualitäten, übernimmt. Die saugende Tätigkeit der Vagina ist auch phänomenologisch feststellbar. Ich kam in meiner Untersuchung der Entwicklung des weiblichen Über-Ichs (l. c.) zum Ergebnis, daß sich die „Mutteridentifizierung im Ich" über analen und oralen Qualitäten aufbaut und daß „zur normalen Entwicklung der Frau ein partielles Zurückgreifen auf frühere Stufen der libidinösen Entwicklung nach der phallischen Versagung" gehört. Beim Studium der Störungen des weiblichen Orgasmus ergaben sich nicht nur weitere Bestätigungen für die zitierten Ansichten, sondern es war auch der Schluß unabweisbar, daß erst die Verschiebung analer und oraler Libido auf die Vagina die unerläßliche „Verschiebung" der Klitoriserotik, als Schlußstein im Aufbau des vaginalen Primats, ermöglicht. Bei diesen Verschiebungen handelt es sich nur um Umstellungen psychisch-libidinösen Interesses, nicht etwa um physiologische Vorgänge. Die Scheide hat ihre eigene

1) Einige Bemerkungen zur Trieblehre. (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, I, 1913.)

2) Versuch einer Genitaltheorie. (Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Bd. XV.)

physiologische Erogenität, die nur nicht in Erscheinung treten kann, solange ihr die Klitoris mit ihrer starken psychischen Besetzung und physiologischen Erogenität vorgelagert ist. Hat aber oral-rezeptives und anal-passives libidinöses Interesse den Vaginaltrakt besetzt, was eben auf Grund der Mutteridentifizierung möglich ist, so büßt auch die Klitoris mehr oder weniger an psychischem Interesse ein. Dabei geht aber ihre physiologische Erregbarkeit nicht unter, sie hat vielmehr in den Vorlustakten und beim Koitus eine wichtige Rolle zu spielen; es verringert sich bloß das Interesse für die Hervorrufung der Erregung an diesem Organ, sobald die neue Lustquelle der Scheide entdeckt wird, die allen Ansprüchen der Libido genügen kann, der biologischen Sexualrolle entspricht und im Gegensatze zur Klitoriserotik keinerlei seelische Konflikte schafft.

*

Zusammenfassend müssen wir am Begriffe der Genitalität drei Grundelemente unterscheiden:

*1)* Die lokale Erogenität der Genitalzone (genitale Reizbarkeit).

*2)* Die am Genitale zentrierte somatische Libido (genitaler Drang).

*3)* Die psychogenitale Libido (genitale Sehnsucht).

Sie stehen in engster Wechselbeziehung, obgleich sie verschiedene Grundlagen haben. Die genitale Erogenität beruht auf der spezifischen Irritabilität der genitalen Wollustkörperchen. Die psychogenitale Libido als Spezialfall der psychischen Sexualenergie fußt auf der genitalen Erogenität und ist ihrem Wesen nach Ausdruck einer Zuwendung des allgemeinen psychischen Sexualinteresses zur genitalen Zone. Die somatische Libido, die allgemeine körperliche Sexualerregung, hat ihren Sitz im vegetativen Nervensystem, ihre Quelle in innersekretorischen Vorgängen (im hypothetischen Sexualchemismus). Der Orgasmus (und mit ihm die Regelung des libidinösen Haushaltes) ist nur dann gewährleistet, wenn eine wohlausgebildete psychogenitale Strebung die somatische Sexualerregung ungestört an der genitalen Zone konzentrieren kann. Es muß am physiologischen Aufbau der verschiedenen erogenen Zonen liegen, daß nur der Genitalapparat orgastische Befriedigung zu vermitteln vermag.

Jede Störung an irgendeinem der drei Elemente der Genitalität bedingt orgastische Impotenz und somatische Libidostauung; so etwa wenn die Wahrnehmung der genitalen Reize verdrängt wird oder wenn die psychische Genitallibido auf eine andere erogene Zone verschoben wird oder wenn infolge mangelhaft entwickelter Psychogenitalität prägenitale Libido das Genitale besetzt usw. In allen diesen Fällen leidet der Ablauf der somatischen Sexualerregung.

Unter den vielen Möglichkeiten, die der gestauten Libido offenstehen (Bildung von Stauungsangst, Konversionssymptomen, Zwangssymptomen), hat die der Verstärkung des Destruktionstriebes eine bisher wenig gewürdigte Bedeutung. Ihrer Besprechung wenden wir uns nunmehr zu.

---

# VII

# Die Abhängigkeit des Destruktionstriebes von der Libidostauung

In Paul Bourgets Novelle „Le disciple“[1] beschließt ein Liebespaar, das aus neurotischen Gründen den Geschlechtsakt ablehnte, gemeinsam Selbstmord zu begehen. Sie beschließen jedoch auch, einander vor dem Tode noch körperlich zu besitzen. Er ist befriedigt: *„La plénitude de la vie volontaire et refléchie affluait en moi maintenant, comme l'eau d'une rivière dont on a levé l'écluse.“* Der Entschluß, den Doppelselbstmord zu vereiteln, steht mit einem Male fest bei ihm; die Geliebte aber, die kalt blieb, hat sich unterdessen das Leben genommen.

Liegt hier nur eine dichterische Phantasie vor oder wurden bedeutsame Zusammenhänge gesehen? Im Zustande des sexuellen Unbefriedigtseins wird ein Selbstmord beschlossen, der Befriedigte gibt den Entschluß auf, der Unbefriedigte führt ihn aus. Theoretisch: Wird der Sexualtrieb nicht befriedigt, so kommt der Destruktionstrieb zur Geltung, im gegenteiligen Falle büßt dieser an Energie ein.

Freud hat in seinem Buche über „Das Ich und das Es“ die zwei Grundtriebe: den Eros und den Todestrieb (Sexualtrieb — Destruktionstrieb, Liebe — Haß) als polare, den Organismus sowohl wie seine psychischen Reaktionen beherrschende Tendenzen aufgestellt. Auch in der Ambivalenz der meisten seelischen Haltungen kommt dieser Triebgegensatz klar zum Ausdruck. Die Frage ist, in welchem Verhältnis diese beiden Triebe zueinander stehen, ob und wie sie einander beeinflussen. Es ist nun leicht zu zeigen, daß die Intensität des Destruk-

---

1) Auf diese wurde ich in einer Diskussion in der Ungarländischen Psychoanalytischen Vereinigung aufmerksam gemacht.

tionstriebes (d. h. seiner Erscheinungsformen, des Hasses und der Aggressivität, der Brutalität und des Sadismus) vom jeweiligen Zustand der sexuellen Befriedigtheit, beziehungsweise von der Stärke der somatischen Libidostauung abhängt.

Unsere Beweisführung stützt sich auf gut bekannte klinische Erscheinungen, so daß wir auf ausführliche Krankengeschichten verzichten können. Die genannte Abhängigkeit zeigt sich dem Beobachter sowohl auf körperlichem Gebiet als auch im Bereiche der seelischen Haltungen. In Wirklichkeit sind die seelischen Haltungen und die körperlichen Erregungen natürlich nicht zu trennen.

Schon bei der akuten Neurasthenie, die durch inadäquate Befriedigung entsteht und auf somatischer Libidostauung beruht, sehen wir ein Anschwellen der Erscheinungen des Destruktionstriebes: Reizbarkeit und Ausbrüche des Ärgers über nichtige Vorkommnisse, sowie eine starke motorische Unruhe. Nun wissen wir aus den libidotheoretischen Untersuchungen Freuds, die durch Abrahams, Sadgers, Federns und anderer Ergebnisse gestützt wurden, daß ebenso, wie der Genitalapparat und die erogenen Zonen Funktionsgebiete des Sexualtriebes sind, der Destruktionstrieb sich der Muskulatur bedient. Motorische Unruhe kommt, wie die Analyse einschlägiger Fälle zeigt, bei Neurosen so zustande, daß unbefriedigte sexuelle Erregung den Muskelapparat erfaßt; sie erscheint aber hier nicht mehr als Sexualphänomen, sondern als Zerstörungsantrieb. Wir müssen also annehmen, daß die unterdrückte Sexualerregung sich dem Destruktionstrieb mitteilt, wenn sie nicht symptomatisch gebunden wird oder als Stauungsangst erscheint.

Wir sehen z. B. bei sadistisch-triebhaften Charakteren, daß die motorische Unruhe, die Antriebe, zu zerstören oder zumindest den Muskelapparat zu betätigen, sowie die allgemeine Aggressivität um so stärker werden, je länger sie abstinent leben, und daß diese Impulse schwächer werden, wenn die Abstinenz auch nur für kurze Zeit aufgegeben wird.

Auch die motorische Unruhe, die sich als Wandertrieb oder im Fuguezustand äußert, beruht, wie die Analyse eines einschlägigen Falles zeigte, auf einer auf den Muskelapparat übertragenen sexuellen Erregtheit; das Wandernmüssen, das Durchgehen, entsprach hier einem unbewußten Suchen nach einem Sexualobjekt und nach der Sexualbefriedigung.

Beweisend ist ferner, daß der Säugling zu beißen anfängt (oralsadistisch wird), wenn er entwöhnt wird. Das Überspringen der Erregung vom erotisch-sensiblen auf das motorisch-destruktive Gebiet können wir auch noch bei Kindern beobachten, die im Begriffe sind, den Ödipus-Komplex zu verdrängen. Es kann kein Zufall sein, daß die motorische Agilität, die Bewegungslust und die Grausamkeit durchschnittlich im fünften Lebensjahre so sehr anschwellen.

Im Beginne der Pubertät, der körperlichen und seelischen Sexualevolution, ist der Charakter normalerweise anders geartet als beim Abschluß dieser Phase. Im Beginne herrschen vor: Verträumtheit, Sentimentalität, Neigung zu weltumfassender Menschenliebe; später, wenn die neuerliche Verdrängung des Ödipus-Komplexes und der Kampf gegen die Onanie einsetzen, entwickelt sich der Charakter der „Flegeljahre": Boshaftigkeit, Trotz, die Neigung, Eltern und Erziehern Schnippchen zu schlagen, Rauflust oder auch Neigung zu muskulöser Betätigung im Sport. Man erinnert sich noch aus seiner Gymnasialzeit, daß die fünfte und sechste Klasse (seltener die vierte) den Schrecken der Lehrer bildeten.

Auch auf anderen Gebieten sehen wir, daß unbefriedigte sexuelle Erregung leicht in Aggressivität, ja Brutalität umschlägt, so wie enttäuschte Liebe sich leicht in Haß verwandelt.

Neurotische Frauen sind zur Zeit der Menstruation, am stärksten knapp vor ihrem Beginn, in hohem Grade gereizt und aggressiv, oder deprimiert. Bei meinen triebhaften Psychopathinnen, die sämtlich frigid waren, konnte ich auf Grund des Anschwellens ihrer Aggressivität den Eintritt der Menstruation erraten. Die Psychiatrie erblickt in der menstruellen Verstimmung eine direkte Folge des somatischen Menstruationsprozesses und versucht dementsprechend, sie organo-therapeutisch zu beeinflussen. Die Analyse zeigt dagegen, daß die Gereiztheit und die Aggressivität psychische Reaktionen auf die genitale Blutung sind, und daß die Depression teils der narzißtischen Kränkung (die meisten Frauen fühlen sich durch die Menstruation gegenüber den Männern benachteiligt), teils der Verdrängung der destruktiven Tendenzen entspricht (Schuldgefühl). Daß aber diese Reaktion nicht rein psychisch ist, wird dadurch erwiesen, daß in vielen Fällen die Aggressivität und die sadistischen Phantasien sich verstärken, noch ehe die Frau weiß, daß die Menstruation eintreten wird, wie das bei der Unregelmäßigkeit der

Menses neurotischer Frauen meist der Fall ist. Erlangen solche Frauen durch die Analyse die genitale Sensibilität oder gar die orgastische Potenz, so machen die Verstimmungen einer lokalen und allgemeinen sexuellen Erregtheit Platz; ist doch auch normalerweise die weibliche Libido knapp vor und während der Menstruation gesteigert. Die von ihrer Frigidität befreite Frau leidet eben nicht an Libidostauung, die die Aggressivität steigert, wenn sie nicht Stauungsangst erzeugt. Sie hat das penislose Genitale akzeptiert und die Erwartung der Sexualbefriedigung erzeugt nicht Haß oder Angt wie bei der neurotischen Frau, die ja auch die Erwartungslust verdrängt, sondern sie steigert die Liebesbereitschaft.

Die Analyse von Ehegatten, die einander quälen oder roh behandeln, ergibt als wesentlichste Ursache sexuelles Unbefriedigtsein. Darüber wird im letzten Abschnitt noch eingehend gesprochen werden.

Kastrierte Tiere (Kapaune, Ochsen, Hunde usw.) sind gar nicht aggressiv. Dagegen sind Hengste und Stiere um so aggressiver, je seltener sie zum Weibchen gelangen. Nach der Kohabitation flaut nicht nur die Libido sondern auch die Aggressivität ab. Will man Wachhunde recht scharf erhalten, so legt man sie an die Kette und hält sie von läufigen Hündinnen fern. Das phlegmatische Wesen des vor der Pubertät kastrierten Eunuchen zeigt nicht nur, daß die Libidostauung eine wichtige Energiequelle der Aggressivität ist, sondern auch daß der Destruktionstrieb nach außen machtlos ist, wenn die Quelle des libidinösen Zuschusses fehlt.

Eine Ausnahme davon bilden die Vorgänge im Klimakterium und Senium. Im Beginne der klimakterischen Involution empört sich der Klimakterische zunächst durch erhöhte sexuelle Aktivität, später wird er mißmutig, zänkisch, gelegentlich grausam, und das um so mehr, je weniger befriedigt er in seinem Leben war. Nicht selten werden auch im Klimakterium sadistische Triebe, d. h. sexuell-grausame Antriebe, wach. Das alles ist eine Vorstufe zur senilen Involution, bei der sich nach der Hypothese Freuds der Todestrieb, mit anderen Worten, der biologische Destruktionstrieb, nach innen voll entfaltet. Es mag kein Zufall sein, daß mit dem Versiegen der individuellen Quelle des Eros (des Lebenstriebes) die Involution einsetzt, die zum Sterben führt.

Die Abhängigkeit des Destruktionstriebes vom Zustand der Libido zeigt sich ferner darin, daß quälerische und aggressive Neigungen nach einem befriedigenden Akte spontan schwinden. Durch den genitalen

Orgasmus werden dem Muskelsystem also offenbar Energien entzogen. Daß enragierte Sportsleute, um Höchstleistungen zu erzielen, abstinent leben, beruht auf richtiger Beobachtung dieser Zusammenhänge.

*

Wie verhält sich nun der Sadismus zur Libidostauung und zum Destruktionstrieb einerseits, zur Angst andrerseits?

Sämtliche den biologischen Gesetzen unterliegenden Triebe sind in der Anlage gegeben und nur der Zeitpunkt, die Art und Intensität ihres Erscheinens hängen von den Erlebnissen ab. So sehen wir die erogenen Partialtriebe in bestimmter Reihenfolge und in enger Abhängigkeit von den Erfordernissen der Pflege und Erziehung in Erscheinung treten. Gewährung und Versagung der Libidobefriedigung stehen in jeder Phase der Libidoentwicklung eine Zeit lang nebeneinander, bis schließlich die Versagung überwiegt. Das hat zweierlei zur Folge: Erstens tritt ein anderer Partialtrieb, den die Versagung bisher nicht betraf, stärker in den Vordergrund (z. B. die Analität nach der Entziehung der Mutterbrust, die genitale Masturbation, nachdem die Erziehung zur Reinlichkeit gelungen ist); zweitens ruft jede Versagung Haß und Ambivalenz gegen das Objekt hervor, das die Triebbefriedigung einschränkt. Je stärker die Versagung ausfällt, desto breiteren Raum nimmt die Haßeinstellung ein; je rascher und brutaler die Erziehung zum Triebverzicht erfolgt, desto intensiver wird der Haß. Eine dritte Folge der Versagung und der daraus hervorgegangenen Ambivalenz ist die mehr oder minder vollständige Identifizierung mit dem versagenden Objekt. Es klingt paradox, aber es ist nichts daran zu ändern: Man gleicht sich demjenigen charakterologisch an, den man hassen muß, weil man ihn nicht lieben darf. Die Triebkraft, deren sich die Identifizierung bedient, ist die Liebe, der Anlaß zur Identifizierung ist der Haß wegen der erlittenen Versagung; so wird das Objekt, das man zu lieben nicht aufhören konnte und hassen mußte, weil es die Befriedigung nicht gewährte, zum Vorbild bei der Charaktergestaltung des Ichs und der Ichideale.

Bei triebhaften Charakteren ist dieser Zusammenhang am augenfälligsten. Menschen, die im späteren Leben ungehemmte aggressive und im besonderen sadistische Neigungen entwickeln, gelangten typischerweise schon

in sehr früher Kindheit im Gegensatze zu triebgehemmten Charakteren zu ungehemmter Befriedigung der Libido; die Aggressivität erwachte vollends erst dann, als die *brutale* Unterdrückung der Sexualbefriedigung durch die Eltern oder deren Stellvertreter einsetzte. Die brutale Versagung der Inzestliebe wurde um so härter empfunden, als sie durch die reale Sexualbefriedigung mächtig gesteigert war. Dabei zeigte es sich, daß die gesetzmäßige Aufeinanderfolge in der Entwicklung der Partialtriebe fehlte und die infantile Sexualität im vollsten Sinne des Wortes „polymorph pervers" war; die Genitalität wurde ganz entfaltet und, soweit die physiologischen Umstände es erlaubten, auch befriedigt. Die frühzeitige Introjektion der brutalen Liebesobjekte schafft ein nach innen *und außen* sadistisches Ichideal. Solche Kinder werden liebesunfähig und dessenungeachtet in hohem Maße liebesdurstig; *der Haß hat jede Liebesregung überwuchert.* Sie hassen später dort am stärksten, wo sie am meisten Liebe fordern, nämlich im Elternhaus. Da sie überdies die Liebestendenzen verdrängt haben, verstehen sie ausgezeichnet, sich Enttäuschungen auszusetzen; sie begehren immer nur unerreichbare Objekte und benehmen sich so, daß sie auf jeden Fall eine strenge Zurückweisung erfahren müssen. Sowohl ihr sinnliches Begehren als auch ihre Reaktion auf die unausweichliche Enttäuschung ist ungehemmt, triebhaft. Die Reaktionen sind überdies ausgesprochen sadistisch, d. h. aggressiv-destruktiv im sexuellen Sinne, und die Analyse der Entstehung dieser Reaktionen zeigt, daß in der Art der Aggression und in dem Gegenstand, dem sie gilt, die versagte sexuelle Regung wieder zum Vorschein kommt. *Die Versagung der Sexualbefriedigung hat also die Aggressivität hervorgetrieben; durch die Mischung des Racheimpulses mit dem versagten sexuellen Triebanspruch entstand die sexuelle Destruktionstendenz, der Sadismus.*

Für diese Auffassung der individuellen Entstehung des Sadismus gibt es auch im Bereiche der triebgehemmten Zwangsneurose und Hysterie reichlich Belege. Wir erinnern an unsere Beschreibung der Reaktionsweise der zwangsneurotischen Frau auf ihre in der Übertragungssituation hervorbrechende Liebestendenz: Sie haßt den Analytiker, weil sie von ihrer Liebe nichts wissen darf und ihn wie jedes Liebesobjekt fürchtet; dabei überwuchern ihre sadistischen Phantasien, deren sexueller Charakter unverkennbar ist. Was hier unbewußt vor sich geht, rollt beim Trieb-

menschen offen ab: er fordert rücksichtslos Liebesbezeugungen und droht etwa, den Arzt zu vergiften, wenn er zurückgewiesen wird; als Motiv seiner Mordabsicht gibt er aber niemals die Zurückweisung an; das verbieten ihm sein so leicht verletzbarer Stolz und sein Schuldgefühl; sondern er findet bald eine nichtige Rationalisierung oder er erklärt einfach, das Töten, Kastrieren oder Brandlegen würde ihn sicherlich heilen, nur darin könnte er restlose Befriedigung finden, er müßte sich nur einmal tüchtig austoben.

Die Beziehungen des Destruktionstriebes zur neurotischen Angst sind nicht so einfach wie die zur Libidostauung.

Adler leugnete seinerzeit die libidinöse Quelle der neurotischen Angst und vertrat den Standpunkt, daß die Angst eine Reaktion auf aggressive Impulse sei. Bei oberflächlicher Betrachtung stimmt diese Auffassung. Wenn nämlich triebhafte Charaktere ihre sadistischen Impulse bremsen, tritt Angst auf. Sie schwindet aber nicht, wenn die Impulse durchgeführt werden, wie die Stauungsangst nach der Sexualbefriedigung vergeht, sondern sie tritt im Gegenteil verstärkt auf. Es könnte nun der soziale Sinn der „Aggressionsangst" den qualitativen Unterschied gegenüber der libidinösen Angst ausmachen. Das kann aber nicht stimmen, denn unsere Untersuchung hat die Abhängigkeit der Intensität der Aggressivität von der Libidostauung klinisch nachgewiesen. Und wir haben dazu bloß nachzutragen, daß aggressive Psychopathinnen zur Zeit der Menstruation, ob sie nun tatsächlich aggressiv werden oder nicht, die Gewissens-, beziehungsweise Aggressionsangst am stärksten entwickeln.

Welches ist nun der genetische Unterschied zwischen der Sexual- und der Aggressionsangst (Gewissensangst)?

Freud hat uns verstehen gelehrt, daß das Ich im Beginne der Entwicklung nur die Tendenz hat, den Ansprüchen des Es zu gehorchen, sich aber bald auf die Seite des ihm aufgedrängten moralischen Über-Ichs schlagen muß, wenn es nicht riskieren will, inmitten der sozialen Gemeinschaft, in der es zu leben gezwungen ist, unterzugehen. Auf die Triebeinschränkungen der Außenwelt, bei deren Nichtbefolgung Strafen zu befürchten waren (z. B. Kastration als Strafe für Onanie), reagierte das Ich mit Angst vor dem Objekt, und da es seinen Triebanspruch nicht bewältigen konnte, mußte es ihn verdrängen. Diese Strafangst geht aber nicht unter, sondern besteht als Schuldgefühl fort, da ja das

gefürchtete Objekt als Über-Ich introjiziert, d. h. als innere Hemmung, als ein inneres „du darfst nicht“ ins Ich aufgenommen wurde. Das Schuldgefühl ist seinem Wesen nach Gewissensangst (*Freud*); das Wort „Gewissensangst“ trägt der Herkunft des Schuldgefühls aus der Strafangst vollauf Rechnung: Das Schuldgefühl ist bloß ein Überbau der Kastrationsangst, die ja das Vorbild jeder Strafangst ist (*Freud*). Man glaubt zutiefst moralisch zu sein und hat im Grunde doch nur Angst; das zeigt sich in der Analyse jeder Zwangsneurose.

Untersucht man aber das Wesen des Schuldgefühls, der Gewissensangst, genauer und vergleicht man sie mit der infantilen Strafangst, so zeigt sich ein wesentlicher Unterschied: Die Kastrationsangst ist die unmittelbare Reaktion des Ichs auf die Wahrnehmung eines verbotenen *sexuellen* Triebanspruchs. Die Gewissensangst hingegen ist in erster Linie die Reaktion auf die Wahrnehmung einer verdrängten *destruktiven* — sadistischen Tendenz und muß daher — rein deskriptiv — *Aggressionsangst* genannt werden. Ihr Sinn ist die Befürchtung des Individuums, selbst zerstört zu werden, wenn es sich egoistisch, grausam *oder antisozial* benimmt. Der Sinn der Kastrationsangst ist hingegen die neurotische Befürchtung, am Genitale beschädigt zu werden, wenn es einer *libidinösen* Triebregung nachgibt.

Es muß also zur Kastrationsangst etwas hinzukommen, damit sie sich in Schuldgefühl verwandle. Das, was hinzukommt, ist *die aggressiv-destruktive Reaktion auf die Kastrationsgefahr* (beziehungsweise *auf die Versagung einer libidinösen Befriedigung*). Der Vorgang, den man bei Zwangsneurosen am besten studieren kann, ist der: Das Kind erlitt eine Versagung einer libidinösen Regung; es reagierte darauf teils mit Kastrationsangst, teils mit aggressiven Impulsen gegen denjenigen, der die Versagung zufügte. Ist doch der Haß die natürliche Reaktion auf eine Versagung oder Einschränkung des Luststrebens. Mit diesem Haß gehen Todeswünsche und in extremen Fällen Mordimpulse einher; da aber das gehaßte Objekt auch geliebt wird, entwickelt sich eine Angst vor der Durchführung des Mordimpulses am geliebten Objekt; diese Aggressionsangst verknüpft sich nun mit der Kastrationsangst, muß man doch fürchten, selbst kastriert zu werden, wenn man den Vater seines Gliedes berauben will. So ist die Gewissensangst (Aggressionsangst) zwar unmittelbar Ausdruck eines gehemmten Racheimpulses, aber sie könnte

nicht aus der Tatsache: Haß — Rache, allein entstehen; Haß allein führt zur Tat ohne Schuldgefühl. Erst die Liebe, sowohl die zum Objekt als auch die zum eigenen Ich, schafft die Gewissensangst.

So sehen wir auf beiden Seiten des Geschehens das Gleiche: Der Haß hängt von der Stärke der Liebesversagung, der Destruktionstrieb von der Intensität der Libidostauung ab. Auch der Gesunde hat Aggressionsangst; sie erscheint aber hier nur als affektlose moralische Hemmung: hier fehlt auch die Libidostauung. So ist erst zu verstehen, warum die Gewissensangst beim Kranken mit allen Zeichen des Angstaffektes auftauchen kann: Am Grunde all dieser komplizierten seelischen Reaktionen wirkt die aktuelle Quelle aller neurotischen Phänomene, die Libidostauung.

# VIII

# Über die soziale Bedeutung der genitalen Strebungen

Wir konnten im letzten Abschnitt feststellen, daß die Neigung zu aggressiver Haltung gegen die Außenwelt sich steigert, wenn die genitalen Strebungen auf äußere oder innere Hindernisse stoßen. Bei der Zwangsneurose wird das Glied in der Phantasie zum Instrument des Hasses, die genitale Erotik hat sich in den Dienst des Destruktionstriebes gestellt. Wir fanden, was wir durch Beispiele aus dem Tierreiche erhärten konnten, daß die genitale Befriedigung die Aggressivität bindet, daß Fehlen der Befriedigung oder ihre Mangelhaftigkeit sie hervortreibt und der Wegfall der Quelle der sexuellen Antriebe ihre dauernde Inaktivität bedingt.

Wenn nun die Verdrängung der Genitalität, im besonderen der Mangel genitaler Befriedigung, die sadistischen Antriebe steigert, so muß man annehmen, daß die allgemeine kulturelle Ablehnung der Sexualität und die Tendenz, sie zu unterdrücken und zu spalten, bei der Entstehung des menschlichen Sadismus eine entscheidende Rolle spielte.

## *a) Die Spaltung der genitalen Tendenzen in der Gesellschaft*

Beim Tiere kommt der Destruktionstrieb nur als oraler Vernichtungstrieb im Dienste der Selbsterhaltung zum Vorschein oder er dient der Verteidigung des Lebens. Das fleischfressende Raubtier vernichtet geeignete Objekte, wenn der Hunger es fordert. In der Menagerie lebende Raubtiere sind ungefährlich, wenn sie völlig satt sind. Ihre Aggressivität Fremden gegenüber entspricht einer instinktiv geahnten Gefahr; das beweist ihr gegenteiliges Verhalten gegen den Dompteur. Etwas dem phallischen und analen Sadismus des Menschen (Erstechen, Erschießen,

Durchbohren; Schlagen, Zerquetschen, Zertreten) Ähnliches kommt nicht vor.[1]

Der Destruktionstrieb des Menschen zeichnet sich vor allem dadurch aus, daß seine Ziele nicht biologisch notwendig sind, und er gleicht in dieser Hinsicht ganz der Wildheit mancher Tiere, die nicht zur Sexualbefriedigung gelangen können. Insofern ist er das Gegenstück (und die Folge) der menschlichen Zivilisation und Kultur, die sich ihrerseits auf der Unterdrückung und Sublimierung der Sexualität aufbauen. Seine weiteren Schicksale werden von der sozialen Umgebung und von der Anpassungsfähigkeit des Individuums entscheidend bestimmt. Faßt man die Extreme ins Auge, so wird er entweder als dissozialer, grausamer Charakter (Lustmörder!) oder als zwangsneurotische Hypermoral zum Vorschein kommen, die in ihrer Unduldsamkeit und Härte ihre Herkunft selbst deutlich verrät. Man denke etwa an die Härte des katholischen Dogmas, insbesondere an die Grausamkeit der Inquisitionszeit, die die religiöse Hypermoral begleitete und sie zu verteidigen vorgab. Die religiöse Forderung und Durchführung der Askese selbst war der Erfolg eines tiefen Schuldgefühls; die Erbsünde im Mythos von Adam und Eva war ein genitaler Akt, der von Gott-Vater verboten war. Die äußere Versagung wurde zu einer inneren, genau so wie bei der Zwangsneurose; Freud und Reik[2] haben ferner nachgewiesen, daß die religiösen Zeremonien ganz den gleichen Gesetzen folgen wie die zwangsneurotischen. Es ist aber meines Wissens der Gesichtspunkt noch nicht gewürdigt worden, daß es die Unterdrückung der genitalen Triebkräfte war, die die Brutalität hervortrieb. Es entstand ein Sadismus, der in religiösen Masochismus verkehrt wurde. Die masochistischen Orgien des Mittelalters und die maßlose Brutalität der Inquisition waren so im Grunde Abfuhrerscheinungen libidinöser Energien. De Coster, der geistvolle Schilderer der Inquisitionszeit, hat diese Tatbestände in den Gestalten Philipps II. und Till Ullenspiegels erfaßt: Till Ullenspiegel, der Protestant, der das Prinzip der Askese negiert und verhöhnt, dabei oder gerade deshalb als Vorbild des grundgütigen Menschen (im Gegensatz zum neu-

1) Die genitale Aggression zur Bewältigung des Weibchens kann nicht Sadismus genannt werden.

2) Beiträge zur Religionspsychologie, 1921. (Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Nr. V.)

rotischen und grausamen Philipp) erscheint, ist ein Sinnbild des wohltuenden Einflusses, den die Aufhebung des Prinzips der Askese auf den Protestantismus geübt hat: er unterschied sich zumindest im Beginne vom Katholizismus durch seine Güte und Toleranz.

Gehen wir nun über zur Betrachtung der Sexualmoral von heute,[1] die vom traditionellen und vom kapitalistischen Bürgertum vertreten wird. Dabei fallen Elemente auf, die völlig analog sind der zwangsneurotischen Ideologie:

*1)* Der außereheliche Geschlechtsverkehr wird ganz allgemein als tierisch (sadistisch) und schmutzig (anal) hingestellt. *2)* Ohne Rücksicht auf physiologische und biologische Tatsachen wird, nicht am wenigsten von Ärzten, die vor- und außereheliche Askese propagiert. *3)* Die Onanie wird, obgleich an der Tatsache nicht zu rütteln ist, daß sie ein bestimmtes Entwicklungsstadium normalerweise beherrscht, als das Übel aller Übel angesehen, auch von Ärzten. *4)* Die Liebesstrebungen sind gespalten: Dem jungen, unverheirateten Manne wird der Geschlechtsverkehr zugestanden und da man das Mädchen derselben Klasse schützen will, duldet man die Prostitution, die als „schmutziges", aber notwendiges Übel gilt. Die Auffassung des Geschlechtsaktes als einer tierischen und schmutzigen Angelegenheit bringt es mit sich, daß er nicht als ein biologisch, physiologisch und seelisch notwendiger Vorgang, sondern als ein Entleerungsvorgang gleich der Defäkation bewertet wird. Die sinnliche Komponente der Genitalität wird von der zärtlichen abgespalten; der junge Mann befriedigt seine Sinnlichkeit in einem „Verhältnis" mit einem Mädchen, die er als Gattin nie akzeptieren würde, eben weil sie sich ihm ohne Trauschein hingegeben hat, oder bei Prostituierten, und „verehrt" daneben ein Mädchen seiner Klasse; je größer die Verehrung ist, desto entrüsteter wird er den Gedanken an ein intimes Verhältnis mit ihr zurückweisen, oder er würde die zärtliche Strebung verlieren, wenn sie seinen sinnlichen Ansprüchen nachgäbe.

Die Aufteilung der Liebesstrebung und die Abspaltung der Sinnlichkeit begründen ihre anale Auffassung. Beide sind phylogenetisch aus

1) Die folgenden zwei Abschnitte haben zwei Arbeiten Freuds („Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens" und „Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität", Ges. Schriften, Bd. V) zur Grundlage, ohne sich mit ihnen im Gegenstand der Betrachtung zu decken.

der Summation individueller Verdrängungsleistungen hervorgegangen; diese können wir in der Analyse neurotischer Menschen genau studieren. Die hehre Frau repräsentiert die Mutter, der vom Kinde keine Sexualität zugemutet werden kann; war sie es doch, die die lustvollen autoerotischen Betätigungen als schmutzig verbot. Viele Neurotiker zeigen daneben eine tiefe Verachtung für die Frau; eines der Motive ist eine bittere Enttäuschung, die das Kind erfahren mußte: Es konnte sich überzeugen, daß die Eltern, speziell die Mutter, ähnliches tun wie das, was ihm verboten wurde. Das Ganze wird verdrängt und es bleiben nur Zweifel an der Gerechtigkeit Gottes und der Menschen im allgemeinen, extreme Über- oder Unterschätzung der Frau, zwangsneurotische Religiosität oder forcierter Atheismus und *last not least* die Unfähigkeit, die zärtliche und die sinnliche Strebung zu vereinigen, übrig. An den Sexualerlebnissen kann nur mehr die Hälfte der Persönlichkeit teilhaben; das bringt stets eine Schwächung der psychogenitalen Befriedigung mit sich samt allen ihren Folgen. Die sozial bedeutsamste ist unstreitig das Anschwellen der sadistisch-aggressiven Strebungen.

Außer den irrationalen Motiven, die die doppelte Geschlechtsmoral begründen, spielen bei der verschiedenen Auffassung des weiblichen und des männlichen außerehelichen Geschlechtsverkehrs (einschließlich des „Ehebruches") auch rationale Motive eine wichtige Rolle: Es sind Gefühle, die auf der tatsächlichen Unkultur und Widernatürlichkeit in den sexuellen Beziehungen der Geschlechter beruhen. Die herrschende Geschlechtsmoral erniedrigt zuerst das sexuelle Empfindungsleben, im speziellen den Geschlechtsakt, und beruft sich dann auf die Niedrigkeit der von ihr erniedrigten Sexualgefühle, wenn man ihre Forderungen für unnatürlich und gesundheitsschädlich erklärt.[1]

So wird etwa die außereheliche Hingabe des Weibes gefühlsgemäß auch von Vorurteilsfreieren anders gewertet als die des Mannes. Schon im Sprachgebrauch drückt sich der Unterschied aus: Die Frau hat sich „weg-

1) Diese Geschlechtsmoral wurzelt zwar in den Anschauungen und Interessen der ökonomisch Gutgestellten und der Feudalen, reicht aber weit über diese Kreise hinaus und blüht besonders in den Kreisen der kleinen Beamten, Angestellten und Kleinbürger. Aber auch das städtische Proletariat ist davon nicht frei und man kann beobachten, daß sich die Proletarier in dem Maße die bürgerliche Geschlechtsmoral aneignen, als ihre Lebenshaltung sich der des Kleinbürgers angleicht.

geworfen", der Mann hat „die Frau besessen". Niemals „besitzt" die Frau den Mann. Niemals „wirft" ein Mann „sich weg". Das kommt daher, daß für das Gros der Männer der „Besitz" einer Frau eine Eroberung und der Besitz einer Verheirateten überdies einen Triumph über den „betrogenen" Gatten bedeutet. Es handelt sich also in erster Linie nicht um ein Sexualerlebnis, sondern um „Besitz", „Verlust", „Betrug", „Triumph", „Rache". Dem bürgerlich Fühlenden ist es daher unvorstellbar, daß etwa der Gatte, der sich vorübergehend anderweitig gebunden fühlt, es dem andern vertrauensvoll mitteilt.

Es ist klar, daß unter solchen Bedingungen das orgastische Erleben zurücktreten muß hinter der Freude am Erobern, Betrügen, Heimlichtun und „Stehenlassen". Sowie die bürgerliche Moral die orgastische Potenz schwächt, so führt dies wieder zur Verbildung der genitalen Objektliebe und festigt die doppelte Geschlechtsmoral. — Dem orgastisch potenten Menschen ist der Akt weder ein Potenzbeweis, noch ein Akt der Eroberung, noch ein Racheakt gegen einen Dritten, sondern ein tendenzloses und notwendiges lustvolles Erleben. Hier „nimmt" das Weib ebenso wie es „gibt", in gleicher Weise wie der Mann, und die nicht frigide Frau hat aufgehört, lediglich Sexualwerkzeug zu sein. Es ist ohneweiters klar, daß eine Bejahung der Genitalität die Erniedrigung des Sexuallebens aufhebt.

Was den bürgerlich Fühlenden in seinen Auffassungen der Sexualität, deren rationale Grundlagen — das wollen wir nicht aus den Augen lassen — er selbst geschaffen hat, mit Recht bestärkt, ist die sexuelle Lüsternheit des bürgerlichen Durchschnittsmannes und der in unehrlichen Prinzipien erzogenen, sexualgehemmten bürgerlichen Frau. Diese Lüsternheit ist ja selbst eine Folge der bürgerlichen Sexualmoral, weil diese in die natürlichen Geschlechtsbeziehungen jenen verderblichen Hauch von Niedrigkeit hineinträgt durch die Erklärung, der Geschlechtsakt sei etwas Schmutziges und Tierisches, was, gemischt mit dem starken, natürlichen Sexualverlangen, eben Lüsternheit ergibt.

Diese sozialpsychologischen Tatbestände werden durch eine merkwürdige Tatsache kompliziert, die uns in der biologischen Unterschiedlichkeit der Geschlechter begründet erscheint: Das Weib wird dem Manne, der sie zum Orgasmus gebracht hat, hörig, sie mag vorher noch so männlich und emanzipiert gewesen sein; nach dem befriedigenden Sexualerlebnis

wünscht sie den starken, führenden Mann; ja, bei weniger intelligenten Frauen taucht ein eigenartiger Wille zur Unselbständigkeit und Subordination auf. Beim gesunden Manne ist es anders; der phallisch-aggressive Charakter seiner Geschlechtlichkeit bewahrt ihn vor Hörigkeit. (Nur der unbefriedigte oder der feminine Mann kann einer Frau hörig werden und wird von ihr dafür im geheimen verachtet.)

Aus diesem biologischen Wechselspiel hat die herrschende Moral sexuelle Herrschsucht beim Manne, als Reaktion darauf Vermännlichung der Frau und orgastische Impotenz bei beiden Geschlechtern gemacht. Es steht außer Frage, daß die natürliche Reaktion des Weibes auf ihre Penislosigkeit ganz bedeutend, vielleicht sogar ausschlaggebend verstärkt wird durch die in der doppelten Geschlechtsmoral begründete Geringschätzung der Frau. Das kleine Mädchen bekommt fortwährend zu hören, daß sie nicht so viel könne und dürfe wie der Bub. So entsteht ein Zirkel von Wirkungen: Der unsublimierte Penisstolz des bürgerlichen Durchschnittsmannes führt zur Geringschätzung der Frau; diese wieder macht die Frau männlich, sexualscheu und frigid; durch ihre Frigidität verliert sie als Sexualobjekt an Wert, denn gerade die gefühllose Frau erweckt im Manne während des Aktes das Empfinden, bloß ein Werkzeug der Befriedigung vor sich zu haben; dieses Empfinden stärkt seine männliche Überhebung und die Geringschätzung der Frau.

Die Anschauung, daß die Frau den Akt „erleide", daß er für sie etwas Erniedrigendes habe, läßt sich mit der „sadistischen Auffassung vom Koitus" allein nicht erklären, denn erstens geht diese auch dahin, daß die Frau dem Manne beim Akte etwas antut, zweitens findet man jene Anschauung auch bei solchen, die keine sadistische Auffassung des Geschlechtsaktes haben. Sie dürfte vielmehr in der allgemeinen Erniedrigung des Liebeslebens und in der sadistisch-herabsetzenden Art des Mannes der Frau gegenüber begründet sein.

*

Man muß auch fragen, in welchem Zusammenhange die Gebräuche der akademischen Burschenschaft mit dem Geschlechtsleben des einzelnen Mitgliedes stehen. Und da ragen zwei Tatbestände hervor: eine zielgehemmte Homosexualität, die sich schon im männerbündlerischen Prinzip der Burschenschaft kundgibt, und ein weniger verhüllter Sadis-

mus. Es ist ein großes Verdienst Blühers,[1] die durchgreifende Bedeutung der Homosexualität für die Konstituierung des Männerstaates und der Männerbünde nachgewiesen zu haben, mag man auch manche seiner wissenschaftlichen und weltanschaulichen Ansichten nicht teilen. Im besonderen hat Boehm[2] nachgewiesen, daß der Verkehr mit Prostituierten der Befriedigung verdrängter Homosexualität dienen kann. Man verkehrt durch die Prostituierte auch mit allen anderen Männern. In der Tat pflegen Offiziere, Matrosen und Burschenschafter unter dem Drucke unerledigter Homosexualität mit Vorliebe in Gesellschaft das Bordell zu besuchen. Daß zwei oder mehrere Männer nacheinander mit einer Frau verkehren, ist in diesen Kreisen ebensoweit verbreitet wie die manifeste Homosexualität. Hieher gehört auch die meist zielgehemmte innige Freundschaft, die den „Bursch" mit seinem „Leibfuchs" verbindet.

Man sieht es in der Analyse von Neurotikern immer wieder, daß durch die Spaltung der genitalen Strebungen gleicherweise bei Mann und Frau die Homosexualität verstärkt und der Sadismus hervorgetrieben wird. Beim Burschenschafter werden beide in der Mensur und im Duell befriedigt. Die Freude an „Keilereien" sowie die überscharfe Trennung von Freund und Feind sind ihre charakteristischen Erscheinungsweisen. Bei manchen Patienten, die unaufhörlich gegen ihre Homosexualität anzukämpfen haben, z. B. bei Erythrophoben, bricht diese Triebregung in Träumen unter dem Bilde eines Kampfes mit Messern, Säbeln, Revolvern durch. Diese Darstellung trägt ebenso der Abwehr der Triebregung wie der Befriedigung Rechnung. Man muß, nimmt man die Gesamthaltung des Burschenschafters hinzu, die Mensur unter Freunden als den sadistischen Ersatz einer mutuellen Masturbation auffassen; sie schließt gleichzeitig die Bestrafung der Tat in sich. Das Bestreben, recht viele Mensurnarben aufzuweisen, und die Tatsache, daß junge „Füchse" und hervorragende Schläger sich schämen, wenn sie keine Duellnarben haben, läßt nur die eine Deutung zu: daß es sich um Selbstbestrafungstendenzen handelt, die im Duell befriedigt werden. Ein zweites Motiv ist die Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen, ein demonstratives Zur-Schau-Tragen der Tapferkeit.

*

---

1) Die Rolle der Erotik in der männlichen Gesellschaft, Jena 1919.
2) Beiträge zur Psychologie der Homosexualität (Int. Ztschr. f. PsA. VIII, 1922).

Wir müssen annehmen, daß ebenso wie beim Individuum auch in der Masse die Verbildung der Liebesfähigkeit bei der Entfaltung der Grausamkeit hervorragend beteiligt ist. Die Brutalität des Weltkrieges (und vielleicht er selbst) wäre unmöglich gewesen, hätte nicht das Machtbedürfnis einiger weniger Führer den Anschluß an die latente Grausamkeit des Einzelnen gefunden. In einem Aufsatze: „Zeitgemäßes über Krieg und Tod",[1] der leider gerade in Kreisen, die er am meisten interessieren sollte, wenig Beachtung gefunden hat, vermochte Freud die Kriegsbegeisterung zu erklären: Der Krieg bedeutete eine kollektive Aufhebung der Verdrängungen, insbesondere der grausamen Antriebe, mit Erlaubnis einer idealisierten Vaterimago, des Kaisers. Man durfte endlich ohne Schuldgefühl morden. Man konnte nun während des Krieges die Beobachtung machen, daß diejenigen, welche starke heterosexuelle Bindungen oder vollwertige Sublimierungen aufwiesen, den Krieg ablehnten; dagegen waren diejenigen die brutalsten Draufgänger, die das Weib als Klosett betrachteten und latent oder manifest homosexuell waren. Auch der sadistische Psychopath und der dissoziale Charakter bewährten sich gut im Sinne der Kriegsideologie. Jeder, der den Krieg mitgemacht hat, weiß, welche Rolle die beiden Attribute verbildeter Genitalität, die anale Zote und das anale Schimpfwort, im Kasino, in der Kaverne, auf dem Exerzierplatz und in der Offiziersmesse spielten. Gespräche über Huren und Koitus bildeten fast ausschließlich das Thema der Unterhaltungen. Wer die militärischen Kraftausdrücke für die genitalen Funktionen kennt, wird uns gewiß nicht die Berechtigung absprechen, eine kollektive Regression zum Analen und Sadistischen anzunehmen; sie griff im Kriege weiter um sich, aber der Kasernenton der Vorkriegszeit bezeugte eindeutig die Krankhaftigkeit der genitalen Konstellation der Massen und ihrer Führer.

Es gilt allgemein der Satz, daß, wo Macht und Gewalt herrschen, die Liebe keinen Platz finde. Das ist gewiß richtig, doch nicht alles. Denn es erhebt die Tatsache in der Neurosenlehre wie in der Soziologie Anspruch, beachtet zu werden: wenn die genitale Objektliebe nicht einheitlich zur Wirkung kommen konnte, entfalten sich Machtbedürfnis und Brutalität über das biologisch und soziologisch not-

1) Ges. Schriften, Bd. X.

wendige Maß hinaus.[1] Ja, wir dürfen auf Grund der klinischen Erfahrungen über die Einflüsse, die von gehemmter Liebe auf die Bereitschaft zu hassen ausgeübt werden, behaupten, daß auch bei den wenigen Führern, die die Entscheidung über Krieg und Frieden hatten, nicht das Machtbedürfnis allein und nicht in erster Linie wirkte. Wohl war es der unmittelbare Motor und addierte sich zur sozial-ökonomischen Machtfrage hinzu. Aber sollten denn die sexuelle Gebundenheit und die Einschränkung der freien Objektwahl ganz ohne Einfluß auf die Mentalität des Einzelnen geblieben sein? Sie waren nirgends so kraß und streng wie in den Kreisen der Dynastie, des Geburts- und des Geldadels. Klassenvorurteile, Standesbewußtsein, angeblich auch Staatsinteressen forderten die Hintanstellung der individuellen Sexualbedürfnisse hinter die Interessen der eigenen Klasse. Gattenwahl und Ehe waren durchwegs, und je näher dem regierenden Oberhaupt desto betonter, Angelegenheit der Politik. Diese Versagungen, welche Wirkungen sozialer Einflüsse waren, konnten nicht ohne Folgen bleiben. Mochte es auch das Standesbewußtsein des Einzelnen gebieten, den Zwang in der Gattenwahl und das Verbot der Mesalliance ohne offenen Protest hinzunehmen: das Unbewußt-Infantile mußte revoltieren. Und wenn der Panzer der höfischen Gesittung revolutionäre Ausbrüche im eigenen Heime nicht zuließ, in den sexuellen „Skandalaffären" und im Kriegssadismus konnten sie sich Luft schaffen.

Wirtschaftliche Interessen brachten es also mit sich, daß zu den individuell bedingten Genitalhemmungen äußere Einschränkungen hinzukamen. Von solchen wirtschaftlichen Einschränkungen der Genitalität ist das Proletariat nicht beschwert, und da auch der Druck der kulturellen Ansprüche ein niedrigerer ist als in den besitzenden Klassen, treten die Neurosen, im Verhältnis zur Zahl der Individuen, weniger hervor und die Genitalität ist um so ungebundener, je schlechter die materiellen Lebensbedingungen sind. Man wird des großen Unterschiedes erst gewahr, wenn man Kranke aus den ärmsten Schichten des Proletariats analysiert. Der weit geringere Verdrängungsdruck in der Kindheit, Verwahrlosung, sexuelle Frühreife im wahrsten Sinne des Wortes, brutale Versagungen und ähnliches mehr sind die Attribute proletarischer Not.

1) Ohne auf diese Frage einzugehen, bemerkte Rathenau in „Von kommenden Dingen", „daß seltsame Zusammenhänge zwischen Machtgier und schwacher Männlichkeit zu finden sind." (Gesamtausgabe, Bd. III, S. 185).

Nun kommt die Brutalität in den armen Schichten des Proletariats in Form von Totschlag, Messerstecherei, Alkoholexzessen usw. gewiß reichlich zum Vorschein. Wie verhält sich diese Tatsache zu der seiner relativ ungebundenen Genitalität? Dazu ist vor allem zu bemerken, daß die Erscheinungen der Brutalität in der Masse in keinem nennenswerten Verhältnis zur Zahl der Individuen stehen. Zieht man den größeren oder geringeren Mangel wirksamer kultureller Hemmungen, die proletarische Not und den Zwang zur schweren Arbeit in Betracht, so muß man sich vielmehr fragen, warum denn die Brutalität der Massen so wenig zum Vorschein kommt. Die Soziologie konnte das Problem, daß sich Massen von Einzelnen niederzwingen lassen, nicht lösen. Unter den Lebensbedingungen, denen die Massen bis vor wenigen Jahren unterworfen waren (und vielfach noch heute sind), hätte es zu chaotischen Revolten kommen müssen, wenn die Individuen der Masse denselben sexuellen Einschränkungen unterworfen gewesen wären wie die der herrschenden Klasse. Die relative psychische Zahmheit der Masse, die auch dem einsichtigen Kapitalisten unbegreiflich erscheinen muß, ist unter anderem auch aufs Konto der relativ ungebundenen Genitalität zu setzen, weil deren Befriedigung den sadistischen Antrieben Energien entzieht. Allerdings, wenn die Brutalität im einzelnen aus der Masse erwacht, so ist sie viel ursprünglicher, unbedachter, als die der besitzenden Klassen, weil die Fassade der verschleiernden Kultiviertheit fehlt. Sie ist infantil im Gegensatz zur gut maskierten, dafür auch unbarmherzigeren und relativ weiter verbreiteten Brutalität der ökonomisch besser Gestellten. Gewiß: diese Brutalität ist leicht zu begreifen als Mittel zum Schutze des Besitzes; doch wäre es sehr wichtig, der Frage nachzugehen, ob die ökonomische Übermacht dieser Minderzahl erst möglich wurde durch ihre Brutalität, die durch Separation und Einschränkung der sexuellen Freiheit innerhalb und außerhalb des Kreises gefördert wurde. Oder verhält es sich umgekehrt? War die ökonomische Machtstellung Einzelner auf Grund rein äußerer Bedingungen, wie die marxistische Lehre behauptet, zuerst da? Hat sie erst sekundär, um den Besitz zu schützen, unter anderem durch Einschränkung der genitalen Freiheit zur Separation der Besitzenden und dadurch zur Entwicklung der besitzerhaltenden Brutalität geführt?

Wir meinen, daß die Soziologie mit Hilfe der Theorie vom Unbewußten und an Hand der analytischen Sexualpsychologie wichtige Fragen

lösen können wird, die ihr ohne diese Hilfsmittel verschlossen bleiben müssen. Unser gewiß sehr lückenhafter Versuch sollte nichts Endgültiges ermitteln; er bedeutet bloß eine Anregung auf Grund einiger Analogien in der seelischen Dynamik des neurotischen Menschen und der der Masse, die sich ja aus Individuen zusammensetzt.

### *b) Die Folgen der Spaltung der Geschlechtlichkeit für die Ehe*

Ein wichtiger Umstand im vorehelichen Geschlechtsleben des Mannes spielt in der Ehe eine verhängnisvolle Rolle. Es ist bekannt, daß Prostituierte entweder total frigid oder nur bei ihren Geliebten, den sogenannten Zuhältern, orgastisch potent sind. Jüngere Prostituierte pflegen gelegentlich den Orgasmus vorzutäuschen; auf den erfahreneren Mann macht das aber bald keinen Eindruck mehr, ja es kann sogar ekelerregend wirken. Er versinkt sehr bald in Apathie gegen die Frau und der Geschlechtsakt sinkt zu einem autoerotischen, onanistischen Akt herab, der nicht mehr durch das Weib, sondern nur mehr durch Phantasien angeregt wird. Die Einstellung zur Frau im allgemeinen, die sich daraus ergibt, ist am besten durch Aussprüche zu kennzeichnen, die in Offiziers- und Studentenkreisen oft zu hören sind: „Loch ist Loch“, „In der Nacht sind alle Kühe schwarz“ u. ä. m. Manche Männer versuchen für die Lust, die aus der Mitlust der Partnerin erfließen sollte, Ersatz in diversen, unter solchen Bedingungen wenig befriedigenden Koitusvariationen zu finden.

Sehr bezeichnend ist die Tatsache, daß viele Männer und Frauen gar nicht wissen, daß es einen Orgasmus bei der Frau gibt, ja, viele halten ihn für schimpflich. Die Geringschätzung der Frau und die Apathie, die am „analen“ und onanistischen Verkehr mit bezahlten Frauen erworben wurden, bringen es mit sich, daß solche Männer nach dem Akte, sehr oft auch schon während der Ejakulation, Ekel empfinden. Diese Reaktion wird dann in der Ehe nur schwer überwunden. Die genitale Sinnlichkeit ist derart anal belastet, daß sie den Anschluß an die zärtliche Strebung nicht finden kann. Der Verkehr mit der zärtlich geliebten Frau, vorausgesetzt, daß die zärtliche Liebe noch aufgebracht werden kann, wird bewußt oder unbewußt als ein Beschmutzen der Frau aufgefaßt. Erlischt die zärtliche Strebung, so wird der Akt zu einer lästigen Pflicht und

bleibt nur mehr ein Entleerungsvorgang. Erlischt sie nicht, so besteht für den Mann die Gefahr, an fakultativer oder totaler Impotenz zu erkranken. Darunter leidet natürlich die Genitalität der Frau, die sie bis zur Verheiratung unterdrücken mußte, und es bedarf gerade in der ersten Zeit der geschlechtlichen Beziehungen großen Taktes und Verständnisses von seiten des Mannes, damit ihre Sexualscheu weiche. Solche Interessen an der Befriedigung der Frau hat er aber nicht erworben, oder er würde an die Vorspiegelung sexueller Erregung durch die Prostituierte erinnert, wenn seine Gattin ihrer Erregung freien Lauf ließe. So muß die soziale Spaltung der Geschlechtlichkeit, die sich im Kontrast: Ehe — Prostitution, ausdrückt, als eine der wesentlichsten Ursachen der bleibenden Frigidität von Frauen angesehen werden, die nicht besonders neurotisch disponiert sind. Das mangelnde Interesse an der Befriedigung der Frau hat frühzeitige Ejakulation und Erschlaffung des Gliedes zur Folge: Der Mann strebt der Endbefriedigung zu, ohne sich der Frau anzupassen, die besonders im Beginne der Ehe nur schwer oder gar nicht zum Orgasmus kommt. Das gibt dann für die Frau den Anlaß ab, regressiv alte Phantasien neu zu beleben, und legt so den Grund zur psychoneurotischen Erkrankung. Bei der Heilung frigider Frauen begegnet man dieser sozial bedingten Form der frühzeitigen Ejakulation des Mannes als letztem, aber unüberwindlichem Hindernis. Die Genitalität der Frau wurde durch die Analyse frei, kann sich aber nicht entfalten, weil der Gatte nicht genügend potent ist, d. h. die Spaltung seiner Sexualstrebung nicht überwunden hat; er verhält sich weiter egoistisch wie früher bei der Prostituierten oder beim bezahlten Verhältnis.

In anderen Fällen fehlt dem Manne in der Ehe die Möglichkeit, die früher geübten Variationen des Aktes auszuführen oder extragenitale Befriedigungen zu erzielen, weil er seiner Gattin „derartigen Dirnenbrauch" nicht zumutet und sie viel zu gehemmt ist, um selbst aktiv zu sein; jede extragenitale Geschlechtlichkeit ist mit der Idee „verkommene Dirne" assoziiert. Nun zeigt aber die Analyse verheirateter Frauen, — und die Kenntnis der Sexualentwicklung überhaupt läßt eine andere Annahme nicht zu, — daß die prägenitalen Triebkräfte, soweit sie nicht sublimiert wurden, individuell verschieden ausgeprägt Befriedigung in den Vorlustakten beanspruchen. Die Zurückweisung jeder nichtgenitalen Befriedigung beruht somit auf Verdrängung. Auch dem

Manne, der seine unsublimierten prägenitalen Bedürfnisse unterdrückt, droht neurotische Erkrankung; immer aber führen solche Einschränkungen zu einer Gereiztheit in der Ehe, deren eigentliche Motive gewöhnlich unbewußt bleiben oder verdrängt werden. Befriedigt der Mann, indem er seine Sexualität wieder spaltet, seine Genitalität in dem von der Gesellschaft gebilligten ehelichen Akt und seine prägenitalen Bedürfnisse außerhalb der Ehe, so können die Folgen für die Ehe nicht minder nachteilig sein.

Die Hemmungen oder Aufteilungen der Bedürfnisse bedingen eine zunehmende Abstumpfung der geschlechtlichen Anziehung, die orgastische Entladung büßt immer mehr an Intensität ein; Phantasien, die den unerledigten Antrieben entstammen, drängen sich während des Aktes störend vor und schließlich schwillt die Aggressivität an, die sich vor allem gegen den vermeintlich schuldigen Ehegatten richtet. Die polygamen Wünsche, die sich demzufolge ebenfalls einzustellen pflegen, bedingen überdies bei moralisch gehemmten Gatten ein Schuldgefühl, das den Haß nur noch verstärkt. Wenn sich dem Manne in seinem Berufe keine Möglichkeit bietet, das Unterdrückte zu sublimieren, oder ist seine Sublimierungsfähigkeit eine geringe, so holt er seine Homosexualität hervor und wird Spieler oder Trinker.

Der Frau steht nur der Weg zur Neurose offen, wenn sie libidostark und triebgehemmt ist. Die Enttäuschung, die sie am Manne erfahren hat, braucht nicht immer bewußt zu werden; je stärker die Verdrängung ist, desto sicherer wird die Befriedigung in Phantasien gesucht werden; es muß zu Regressionen und zur Libidostauung kommen. Oder die Sehnsucht nach der Befriedigung kommt als Verbitterung und Streitsucht zum Vorschein. Darüber wird die Stärke der moralischen Hemmung entscheiden. Manche schlechte Ehe beruht darauf, daß sich die Gatten genital (im engeren und weiteren Sinne) nicht finden konnten, und der eheliche Kampf ist dann nichts anderes als eine verkappte Neurose.

Der frigiden Frau ist der Akt immer lästig und erscheint ihr brutal. Er wird für sie und den Gatten, der ihren Abscheu — mit Recht — auf sich bezieht, zu einer lästigen Pflicht. In solchem Falle kann auch keine Sublimierung helfen, weil die Zerrissenheit des Geschlechtslebens auch die schon bestehenden Sublimierungen zersetzend angreift. Manche

Arbeitsunfähigkeit ist so zustande gekommen. Es bleibt dann nur mehr die Wahl zwischen Neurose und ehelicher Untreue.

Unter bestimmten Bedingungen können Kinderreichtum und große materielle Not einen Ausweg aus der Schwierigkeit bieten, indem sie psychische Energien absorbieren, die sonst zur Bildung einer Neurose herangezogen worden wären. Speziell die Frau vermag bis zu einem gewissen Grade in den Kindern einen Ersatz für die ausgebliebene Sexualbefriedigung zu finden. Es wäre gewiß fruchtlos, etwa im Dienste einer religiösen oder weltanschaulichen Idee die Sexualbefriedigung durch Arbeit oder Kinderreichtum restlos ersetzen zu wollen; unter bestimmten Bedingungen, die zur Neurosenbildung gehören, wird trotz der Not, des äußeren Zwanges zur Arbeit und des Kinderreichtums eine Neurose entstehen.

Ohne das wirtschaftliche Moment zu unterschätzen, möchten wir hervorheben, daß die inneren Konflikte auch die Kraft schwächen, die nötig ist, um sich in der rauhen Realität durchzusetzen. Die innere Zerrüttung summiert sich zu den äußeren Schwierigkeiten hinzu und beide verstärken einander wechselseitig. Sozial- und Bevölkerungspolitiker pflegen den subjektiven Anteil an der sozialen Not zu übersehen oder ihn nur insoweit in Betracht zu ziehen, als er sich aus den äußeren Schwierigkeiten ableiten läßt. Durch Analyse Einzelner kann man sich dagegen überzeugen, daß neurotische Menschen die gegebenen Hindernisse ins Maßlose zu steigern imstande sind. Wer diese innere Bereitschaft, die wirtschaftliche Not als einen Ausweg aus den inneren Konflikten zu akzeptieren und zu steigern, kennen gelernt hat, kann an eine durchgreifende Lösung der sozialen Probleme mit den üblichen Mitteln allein nicht glauben. In sozial-ökonomischer Hinsicht stehen diese verkappten Neurosen, was den Schaden für die Volksgesundheit anbelangt, etwa der Tuberkulose in keiner Weise nach. Davon überzeugt man sich im Getriebe eines psychoanalytischen Ambulatoriums für Mittellose sehr bald. Das hätten auch die maßgebenden Persönlichkeiten in der sozialen Fürsorge längst entdeckt, wären sie nicht einseitig in dem Irrglauben befangen, daß die Neurosen — wie angeblich alles Ideelle — nur ein „Überbau" ökonomischer Verhältnisse seien.

*

Die Ehe ist einer der vielen Punkte, an dem sich die sozialen Probleme schneiden; und gerade sie wird offiziell nicht als das angesehen, was sie wirklich ist: als eine sexuelle Gemeinschaft, deren Grundlage in erster Linie die genitale Objektliebe sein muß; man denkt gern daran vorbei und faßt sie nur als wirtschaftliche Einheit oder als Fortpflanzungsinstitution auf. Nun werden aber die wenigsten Ehen aus wirtschaftlichen Motiven oder zum Zwecke der Fortpflanzung geschlossen; Ehe bedeutet unter den heutigen Bedingungen nur Einschränkung und bringt die Gefahr der wirtschaftlichen Not mit sich. Es ist unpsychologisch anzunehmen, daß jene objektiven Ziele der Ehe jemals ein subjektives Motiv der Eheschließung oder -erhaltung sein oder werden könnten. Wenn trotz wirtschaftlicher und persönlicher Einschränkung, ja trotz der Gefahr der Not Ehen geschlossen werden, so geschieht es, weil mächtige individuelle Bedürfnisse, in erster Linie sexuelle, es fordern. Freud hat einmal die sexuelle Lust als Prämie aufgefaßt, die die Natur dem Einzelnen für die Erhaltung der Art auszahlt. Die Kultur mit ihrem Zwange zur Verdrängung und ihr Attribut, die wirtschaftliche Not, haben zuwege gebracht, daß ein ganz beträchtlicher Teil der Menschheit, insbesondere der weiblichen, um die Lustprämie betrogen wird. Zumeist ist es nur mehr die Hoffnung, die Lustprämie zu erhalten, oder bei der Frau die geringe Aussicht, allein wirtschaftlich zu bestehen, die die Fortpflanzung sichern.

Gewiß ist die biologische Fortpflanzungstendenz als Kindeswunsch, beim Weibe aus individuellen Gründen bedeutend ausgesprochener als beim Manne, auch psychisch repräsentiert. Doch geht der Sexualwunsch in der individuellen Entwicklung dem Kindeswunsch immer voraus. Man denke bloß an die Pubertät. Die Versagung der Sexualbefriedigung hemmt auch den Kindeswunsch. Nur bei Frauen überdeckt gelegentlich der Kindeswunsch den Sexualwunsch. Die Analyse weist in solchen Fällen nach, daß eine neurotische Hemmung der genitalen Antriebe besteht; solche Frauen fürchten unbewußt den Geschlechtsakt oder sie haben schwere Enttäuschungen am Manne erlebt und wünschen nun ein Kind auf parthenogenetischem Wege (H. Deutsch). Die kinderreiche frigide Frau hat, auch wenn sie die beste Mutter ist, die Kinder ursprünglich gar nicht oder nicht in erster Linie gewollt. Erst als sie da waren, ersetzten sie die Sexualbefriedigung durch Absorption libidinöser Energien,

d. h. durch die Arbeit, zu der sie verpflichteten. In der Analyse kommt die Auflehnung gegen die mütterlichen Pflichten und gegen den Verzicht, der zu leisten war, sehr bald zum Vorschein.[1]

In relativ guten Ehen pflegt sich der Wunsch nach einem Kinde erst einzustellen, wenn eine gewisse Sättigung der genitalen Ansprüche platzgegriffen hat.

Es besteht die Ansicht, daß die Ehe erst durch das Kind gefestigt werde. Das trifft nur unter bestimmten Voraussetzungen zu. Eine der bedeutsamsten ist die psychogenitale Harmonie der Eltern. Wenn sie nicht zustande kommt, werden die Kinder im Gegenteile zu einer neuen Quelle ehelichen Verdrusses und zu einem drückenden Band, dessen Lösung nur wirtschaftlich sehr gut Gestellten möglich ist. Sind mehrere Kinder da, so ergießt sich auf sie die ganze in der Ehe ungesättigte Liebe; von den Eltern wird je nach Geschlecht Partei genommen und jeder Gatte spielt seine Lieblinge gegen die des anderen aus. Das muß die nachteiligsten Folgen für die seelische Entwicklung der Kinder haben, die teils untereinander, teils mit den Eltern in schwere Konflikte geraten. Manche „multiple Persönlichkeit", die Freud auf konträre, miteinander unvereinbare Identifizierungen zurückführt, entstammt solcher Ehe.

### *c) Zur Frage der Abstumpfung der Genitalität in der monogamen Ehe*

Die herrschende Sexualmoral fordert die monogame Geschlechtsbeziehung in der Ehe. Es ist nicht unsere Aufgabe zu entscheiden, ob sie darin Recht hat oder nicht. Ethische Forderungen lassen sich nicht beweisen; sie sind, da sie auf Wertungen beruhen, der Wissenschaft, die nur beschreibt und erklärt, nicht zugänglich. Diese kann bloß entweder die Forderung selbst, beziehungsweise die Motive des Fordernden, zum Gegenstand der Untersuchung machen oder die Resultate prüfen, die sich bei Befolgung oder Nichtbefolgung des moralischen Gesetzes einstellen. Die Moral sah zu verschiedenen Zeiten verschieden aus und pflegt auch unter Zeitgenossen konträre Forderungen zu stellen, die von den Gegnern mit gleicher Leidenschaft und Überzeugung verteidigt werden. Die Wissen-

1) Balzac hat in „Zwei Frauen" diesen Konflikt der Mutter mit unübertrefflicher Klarheit geschildert.

schaft pflegt trotz der oft betonten Amoralität an der Grenze der Sexualität, sicher nicht zum Vorteil der Objektivität ihrer Untersuchungsergebnisse, moralisch zu werden.

Manche Selbstverständlichkeiten müssen wiederholt betont werden, solange ernste und einflußreiche Sexuologen, wie etwa Fürbringer, in wissenschaftlichen Abhandlungen moralisch entrüstet schreiben: „Wenn mit bemerkenswerter Häufigkeit ohne zwingende Gründe (Fettsucht, Schwangerschaft, Unterleibsleiden) abnorme Stellungen — Rückenlage des Mannes, Seitenlage, Koitus *cum uxore inversa,* Stehen, Sitzen, Knieellenbogenlage — gewählt werden, so soll sich der Arzt vor der Geneigtheit hüten, sie durchwegs als harmlose, vorübergehende Unarten (!) aufzufassen. Oft genug verbergen sich hinter ihnen Ausgeburten raffinierten Sinnenkitzels und zynischer (!?) Phantasie."[1] Von hier zur gesetzlichen Vorschreibung der „normalen" Koituslage ist nur ein Schritt.

Sehen wir von dem, was die Moral sagt, ab und betrachten wir die Tatsachen.

Jahrelange Monogamie bringt eine Abstumpfung der genitalen Anziehung mit sich, die nur selten in stille Resignation ausläuft; viel häufiger führt sie zu schweren Konflikten in der Ehe. Diese Kernfrage der ehelichen Geschlechtlichkeit war von jeher ebensowohl Gegenstand des Witzes und der Zote, wie sie Geister von der Bedeutung eines Balzac oder Strindberg dauernd beschäftigt hat. Nur die Wissenschaft versteht es, sich diesen Fragen zu entziehen.

Die Gatten entdecken Fehler aneinander, die sie früher nicht sahen oder nicht beachteten, sie „verstehen" einander nicht mehr, gleichgültig ob die Persönlichkeit sich verändert hat oder nicht. Sie kennen in den seltensten Fällen die eigentlichen Gründe oder sie erblicken in der

1) In Marcuses Handwörterbuch der Sexualwissenschaft, S. 378. — Worauf man gefaßt sein muß, wenn man in diesen Dingen die Wahrheit sieht und ausspricht, zeigte sich in Form einer Anmerkung, die die Schriftleitung der Münchner Medizinischen Wochenschrift (November 1926) dem lobenden Referat über das mutige Buch von Van der Velde: Die vollkommene Ehe (Konegen-Verlag 1926, Ref. Nassauch) anfügte: „Es wäre unseres Erachtens besser gewesen, das Buch auf Ärztekreise zu beschränken; in der Hand von Laien kann es schädlich wirken. Gewisse ‚Variationen', die hier beschrieben und empfohlen werden, brauchen in die deutsche Ehe keinen Eingang zu finden (!)." — Auf dieses Buch konnte hier leider nicht mehr Rücksicht genommen werden, weil es nach Abschluß des Manuskripts erschien.

sexuellen Abstumpfung eine Folge der Disharmonie. Das Gegenteil trifft zu: Die Herabsetzung der geschlechtlichen Anziehung steigert Eigenschaften, die zur Zeit der genitalen Harmonie zurücktraten.

Nehmen wir den günstigsten Fall vor: Die Ehegatten sind körperlich und seelisch annähernd gesund, die Anforderungen der wirtschaftlichen Schwierigkeiten sind nicht an sie herangetreten, der Gatte war imstande, die wirtschaftlich und sozial bedingte Spaltung der Liebe rückgängig zu machen. Für die unberührte Frau bedeutet nun die Defloration immer einen Schock (neuerliche Kastration),[1] den sie nur unter günstigen Bedingungen überwinden kann. Verliert sie ihre Frigidität nicht sehr bald, so entwickelt sich Haß gegen den Gatten. Eine begreifliche, aber vom ärztlichen Standpunkt nicht zu rechtfertigende Scheu, sowie die Furcht, in den Ruf eines Pornographen zu kommen, haben es verhindert, daß an die Psychologie der Hochzeitsnacht herangetreten wurde. Ernste Schriftsteller haben behauptet und die Psychoanalyse Verheirateter beweist, daß sich das spätere eheliche Glück oder das Eheunglück letzten Endes auf die Erlebnisse beim ersten geschlechtlichen Beisammensein zurückführen lassen. Daß es die Bezeichnung „Flitterwochen" für die ersten Wochen der Ehe gibt, sagt bereits, daß die, die ihn geschaffen haben oder gern verwenden, die Abstumpfung erfahren haben und das Scheinhafte an den ersten Eheerlebnissen hervorheben wollen, die nur vom Standpunkt der späteren Stumpfheit schön erscheinen. In Wirklichkeit wirken sie schockartig und werden entweder bewußt mit Enttäuschung erlebt oder verdrängt und durch übertriebene, kurzlebige Illusionen dem Bewußtsein ferngehalten. Die Frau steht einem neuen Erlebnis, das seit der Kindheit tabu war, angstvoll gegenüber. Wo Angst herrscht, gibt es kein lustvolles Erleben. Auch der Mann steht vor einer neuen Tatsache, wenn er vorher seine Liebesstrebungen hatte spalten müssen, und muß viel Takt und Feingefühl aufbringen, um seine Sinnlichkeit der Situation anzupassen und keine Unvorsichtigkeit zu begehen. Ein lustvoll-harmonisches Erleben kann also nicht zustande kommen. Was vielen Männern die Erlebnisse der ersten Zeit schön erscheinen läßt, ist die Neuheit des Erlebnisses, der Umstand, zum ersten Male eine Frau der eigenen Klasse zu „besitzen", die bisher verboten war.

1) Vgl. hiezu Freud: „Tabu der Virginität." Ges. Schriften, Bd. V.

Die Frau, die wirtschaftlich und sozial schlechter gestellten Kreisen entstammt, muß ebenso angstvoll reagieren, wenn sie unberührt in die Ehe tritt. Der Mann ihrer Klasse hat vielleicht nicht die Spaltung der Liebesstrebungen, verfügt aber durchschnittlich nicht über das Maß an feinerer Sinnlichkeit, das nötig ist, damit die Defloration nicht schockartig wirke.

Die Aufklärung der Ehegatten über die Schwierigkeiten, sich körperlich und seelisch anzupassen, müßte in den Eheberatungsstellen an erste Stelle gerückt werden. Die Untersuchung des körperlichen Gesundheitszustandes macht nur einen Teil der Aufgabe aus. Die Aufklärung allein, daß die genitale Harmonie sich erst einstellen kann, wenn die sexuellen Rhythmen beider sich aufeinander abgestimmt haben, kann schwere Enttäuschungen ersparen. Der Mann müßte wissen, daß die Frau im Anfang gewöhnlich frigid ist und ihre Frigidität sich von selbst verliert, wenn sie im Kern gesund und er nicht ungeschickt ist; bei neurotischen Frauen wird wohl nur eine Psychoanalyse die Schwierigkeiten beseitigen können. Seitdem es psychoanalytische Ambulatorien für Mittellose gibt, können auch Ärmste spezialärztliche analytische Beratung und Behandlung genießen. Man darf die sexuellen Ansprüche der proletarischen Menschen nicht unterschätzen. In der Analyse neurotischer Arbeiterfrauen hört man häufig, sie hätten Vorwürfe zu hören bekommen, daß sie kalt wären. Von diesen elementaren Schwierigkeiten auch der proletarischen Ehe erfährt weder der in somatischen Vorurteilen befangene Armenarzt, noch der in psychologischen Fragen unkundige oder befangene Eheberater etwas.[1]

---

1) Hier nur ein Beispiel: In der D. M. W. Nr. 47, 1926, berichtet Schwalbe über die Eheberatungsstelle in Berlin vom Bezirksamt Penslau Berg (in „Gesundheitliche Beratung vor der Eheschließung"). Im authentischen Bericht heißt es, daß nach einem Formular untersucht werden: Größe, Gewicht, Brustumfang, Habitus, Urin, Menstruation, Fettpolster, Muskulatur, Schleimhäute, Knochenbau, Sinnesorgane, Augen, Ohren, Lunge, Herz, Blutdruck, Gefäßtonus, Hb-Gehalt, Geschlechtsorgane; besonders hervorzuhebende Befunde: Leistenbruch, Leistenhoden, Mißbildung, — und es wird hinzugefügt: „Nur in geeigneten Fällen wird der vollständige Befund erhoben." Wer will glaubhaft machen, daß sich die Anschauungen geändert haben, oder annehmen, daß die Frage nach der Psychosexualität (Potenz, Liebesfähigkeit, aktuellen Liebeskonflikten) als so selbstverständlich erachtet wird, daß sie nicht ausdrücklich hervorgehoben wird? Der lese einige Zeilen weiter den Bericht über die „Ehe- und Sexualberatungsstelle" des Bundes

Kehren wir zum Hauptthema zurück. Hat sich nach Überwindung aller Schwierigkeiten die genitale Harmonie eingestellt, so drohen neue Gefahren. Die Leichtigkeit, mit der die Befriedigung zu erlangen ist, der Fortfall der Notwendigkeit, das Objekt zu erobern, beide führen zu allzu häufigem Geschlechtsverkehr, der in doppelter Hinsicht nachteilig ist. Es kommt nie zu größeren Spannungen der Libido; schon die geringsten Stauungen werden abgeführt. Ferenczi[1] hat die Gefahren dieser ehelichen „Sexualgewohnheit" meines Wissens als erster im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit behandelt. Der Koitus wird dann wie zwangsartig ausgeführt und es stellen sich Ekelempfindungen ein. Im Geschlechtsakt wird auch ein Stück aggressiver Eroberungslust erledigt. Bei manchen Männern, deren Hauptziel vor der Ehe das Erobern vieler Frauen war, schwindet das Verlangen nach der Gattin, wenn das Erobernmüssen ganz wegfällt. Was hier kraß zum Ausdruck kommt, trifft wohl in den meisten Ehen mehr oder weniger zu. Das hat seine tiefen Gründe in der Eigenart der kindlichen Sexualentwicklung. Das Sexuelle war immer verboten und behält im Unbewußten diese Assoziation bei. Das Verbotene, d. i. im Kern das Sexuelle, wurde besonders begehrt. So bekommt das Verbotene auch auf nichtsexuellem Gebiet einen verborgenen sexuellen Sinn, z. B. das Stehlen bei der Kleptomanie. Bei manchen Menschen festigt sich nun der Sexualwert des Verbotenen pathologischerweise derart, daß sie das Nichtverbotene nicht begehren können. Je mehr der Mann im vorehelichen Sexualleben „erobern" und „besitzen" wollte, desto rascher wird er in der Ehe abstumpfen. Der narzißtische und der sadistische Anteil der Genitalität bleiben in der monogamen Ehe unbefriedigt.

für Mutterschutz und Sexualreform, „daß in diesen Stellen die Eheberatung nicht als einzige Aufgabe angesehen, sondern darüber hinaus auch in allen sexualen Fragen (von mir hervorgehoben) Rat erteilt wird, leider nicht nur zur Konzeptionsverhütung, sondern anscheinend auch zur Fruchtabtreibung". Also es stimmt, was wir über die gewöhnliche Auffassung der Ehe, sie sei keine sexuelle Gemeinschaft, sagen, sonst wäre das „darüber hinaus" sinnlos. Ganz in diesem Sinne handelt die Eheberatungsstelle in Frankfurt (Prof. Raeke): „Ist einmal die Ehe vollzogen, wird keine Beratung mehr zuteil. Damit scheidet das Problem der Geburtenbeschränkung völlig aus" — für den Eheberater! Daß die Beratung erst nach der Eheschließung ihren eigentlichen Sinn gewinnt, scheidet ebenfalls aus. Es erübrigt sich selbstverständlich auch jegliche Kritik.

1) Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925.

Dazu kommt ein Moment aus der frühinfantilen Sexualbeziehung des Sohnes zur Mutter. Behält das Verlangen nach der unerreichbaren Mutter seine ursprüngliche Intensität, so kommt es nach Rank entweder zu einem ständigen Nichtverharrenkönnen (Don Juan) oder es entsteht die Liebesbedingung, daß die Frau einem Dritten angehöre und verbotenerweise erobert werde (Freud). Die Ehefrau hat dadurch, daß ihr Besitz legitim wurde, für solche Männer aufgehört, die begehrte Mutter zu sein. Dem kann nur eine analytische Lösung der inzestuösen Fixierung abhelfen.

Es ist viel darüber diskutiert worden, ob dem Menschen die Polygamie oder die Monogamie wesenseigen sei. Je nach dem individuellen weltanschaulichen Interesse entschied man sich für diese oder für jene. Einsichtsvollere ließen die Frage offen, da für beide gleich viel ethische Argumente vorgebracht werden konnten. Die Psychoanalyse der infantilen Sexualentwicklung zeigt, daß die polygamen und die monogamen Tendenzen gleichwertig nebeneinander stehen und entwicklungsgemäß gleich tief verankert sind. Die monogame Tendez leitet sich aus der Tatsache ab, daß man nur die Mutter, beziehungsweise nur den Vater begehrte. Das Inzestverbot, welches ebenso allgemein ist, begründet die polygame Tendenz. Wer keine echte Übertragung zustande bringen kann, sucht entweder das verbotene Objekt, ohne es je zu finden, oder er befindet sich auf ständiger Flucht vor ihm.

Wie weit der Mann seine polygamen Tendenzen in der Ehe beherrschen kann, hängt auch davon ab, in welchem Ausmaße er sich von den Liebesbedingungen der Ödipus-Einstellung freimachen konnte und inwieweit es ihm gelang, in seiner Gattin die Mutter wiederzufinden. Dasselbe gilt *mutatis mutandis* für die Frau. Es gilt auch für beide Geschlechter, daß die polygamen Wünsche um so weniger hervortreten, je besser es die Gatten verstehen, ihre sinnlichen Ansprüche gegenseitig zu erkennen und zu befriedigen und je verständnisvoller sie den polygamen Neigungen beim anderen begegnen.

Polygame Tendenzen werden immer geweckt, wenn wichtige libidinöse Ansprüche nicht befriedigt werden. Es zeigt sich aber ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Motiven der weiblichen und denen der männlichen Polygamie, wenn wir von der Abstumpfung der monogam befriedigten Genitalität absehen. Es gibt viele Frauen, die polygame Wünsche haben, weil sie aus dem weiblichen Minderwertigkeitsgefühl

heraus sich von recht vielen Männern bewundern und erobern lassen wollen. Dieser narzißtische Hintergrund läßt sich allerdings auch durch die Zurückweisung begründen, die das kleine Mädchen vom Vater erfuhr. Der Objekttypus der Polygamie (Suchen des unerreichbaren Liebesobjekts) kann durch schärfere Reaktionsbildung zum narzißtischen Typus werden. Daß mehr Frauen als Männer diesem Typ angehören, ist auf die anatomische Basis des weiblichen Minderwertigkeitsgefühls, die Penislosigkeit, zurückzuführen. Hier spielen gewöhnlich, im Gegensatze zum Objekttypus, auch Rachetendenzen als Motive der Polygamie eine beträchtliche Rolle: Es kommt das Beherrschenwollen der Sexualobjekte hinzu. Die genital befriedigte Frau pflegt im allgemeinen nur sehr wenig polygam zu sein, während die vaginal-anästhetischen Frauen mit starker Klitoriserotik gewöhnlich unstet sind.

Jede unsublimierbare Tendenz, die im ehelichen Geschlechtsverkehr unbefriedigt bleibt, hat genitale Abstumpfung und teilweise Abkehr vom Gatten zur Folge, so vor allem auch die Homosexualität. Es ist hier nicht die neurotische Form der Homosexualität gemeint, sondern die physiologische homosexuelle Komponente in der Bisexualität. Wenn die polygamen Tendenzen in der Ehe zwanghaft werden, kann man auf Grund der analytischen Erfahrungen voraussetzen, daß die homosexuellen Strebungen in der Ehe nicht untergebracht werden konnten. Davon kann man sich leicht überzeugen: Solche Männer pflegen nicht eine andere monogame, sondern polygame oder homosexuelle Frauen zu begehren; sie stellen dem Dirnentyp Weiningers nach. Bei Frauen tritt das gelegentlich noch deutlicher hervor in Form einer Zuwendung zu homosexuellen Frauen.

Wird an der „normalen" Art der Kohabitation dauernd festgehalten, ist jede Abwechslung tabu oder finden die Partialtriebe in den Vorlustakten keine Befriedigung, so stumpft die genitale Strebung sehr bald ab; korrekter ausgedrückt: sie gerät in Konkurrenz mit den unbefriedigten Ansprüchen. In solchen Fällen liegen immer neurotische Hemmungen und Verdrängungen der prägenitalen Triebansprüche und der Homosexualität vor. Bei einer gewissen, individuell verschieden weitgehenden Freiheit des Kohabitationsmodus wird diese verhängnisvolle Rivalität vermieden und viele Quellen der Abstumpfung werden unschädlich gemacht.

In der Analyse frigider Frauen erfährt man, daß ihre Phantasie oder

Vorliebe, beim Akte oben zu liegen, dem Wunsche Mann zu sein entspricht. Ebenso phantasieren Männer, die einen stärkeren femininen Einschlag haben, unter der Frau zu liegen, wehren aber, wenn sie neurotisch sind, solche Wünsche als unpassend und weiblich ab. Das führt unter bestimmten Bedingungen zu pathologischen Ergebnissen, ist aber normalerweise beim männlichsten Mann und bei der weiblichsten Frau gegeben. Die Vertauschungen der Lage (Coitus inversus) sind also sehr gut imstande, solche Wünsche wenigstens zum Teil zu befriedigen und dadurch unschädlich zu machen. Die aktive Homosexualität des Mannes wird am ehesten durch den Koitus *a tergo* befriedigt. Bei der Frau dient er eher der Befriedigung uralter Wünsche, die entweder der analen Auffassung des Aktes entsprechen oder frühinfantilen Beobachtungen an Tieren entstammen.

Für viele Menschen, die in der Kindheit an sexuellen Spielen an den Genitalien Gefallen fanden, ist die Betastung des Genitales vor dem Akte ein Bedürfnis. Manche Frauen mit protrahiertem Orgasmus können nur zur Befriedigung gelangen, wenn sie vorher manuell gereizt wurden.[1]

Man darf, will man den Tatsachen Rechnung tragen, nicht außer acht lassen, daß sämtliche prägenitalen Organisationen, individuell verschieden stark, das genitale Primat ständig begleiten (Freud). Sie greifen störend ein und drängen zur ausschließlichen Befriedigung im Sinne der Perversion, wenn sie nicht befriedigt werden. Ein stärker betonter oraler Antrieb wird daher in Form einer Fellatio oder eines Cunnilingus befriedigt werden müssen.

Der Geschlechtsakt selbst ist geeignet, den verschiedenen psychosexuellen Ansprüchen zu genügen, wenn die drängende infantile Sexualität von Verdrängungen wenig beeinflußt ist und sich, soweit sie nicht charakterologisch oder in Sublimierungen verarbeitet wurde, in den Strom des aktuellen Sexualerlebens ergießen darf. Das Verhalten des Mannes und der Frau vor und nach dem befriedigenden Akte legt Zeugnis ab für die erfolgte Erfüllung sämtlicher Wünsche. Der Mann verhält sich vor dem Akte gleichzeitig zärtlich und phallisch aggressiv, die Frau erwartet gewöhnlich passiv die genitale Aggression. Während

1) Die Ansicht Kehrers, daß manuelle Friktion schädlich sei, können wir nicht teilen. Die Betreffende erkrankt nur infolge ihrer Onanieangst; das geschähe aber auch ohnedies.

des Aktes ändert sich ihr Verhalten, sie wird ebenfalls aktiv, bis ihr Orgasmus mit dem des Mannes zusammentrifft. Der Mann kommt nicht zur vollen Befriedigung, wenn die Frau frigid oder anästhetisch ist. Selbst diejenigen, die mit Prostituierten verkehren, fordern, daß die Partnerin wenigstens zum Scheine „mitkomme". Es handelt sich zweifellos um ein intensives Miterleben des Orgasmus des Partners, um eine volle Identifikation, die sich zum eigenen Erleben hinzuaddiert. Diese Identifikation ist geeignet, die weiblichen Tendenzen im Manne und die männlichen in der Frau zur Befriedigung zu bringen.

Nach dem befriedigenden Akte kehrt sich das Verhalten gewöhnlich um: Die Frau kehrt ihre ganze zärtliche Mütterlichkeit hervor und der Mann wird zum Kinde. Das Bewußtsein der Möglichkeit, gerade ein Kind konzipiert zu haben, bewirkt, daß die Frau im Manne das Kind vorwegnimmt und so seiner infantilen Haltung entgegenkommt. Verhält sie sich vorher kindlich-passiv, nachher mütterlich-aktiv, so er umgekehrt: vorher väterlich-aggressiv, nachher kindlich-passiv.

Die genannten Schwierigkeiten und Motive der Abstumpfung in der monogamen Geschlechtsbeziehung sind zwar derzeit nicht zu beseitigen, können aber prinzipiell vermieden werden, sofern es die Beteiligten vorziehen, die Durchführung ihrer moralischen Prinzipien nicht mit einer Neurose oder ihrem Äquivalent, der unglücklichen Ehe zu erkaufen. Ein weiterer Grund der Abstumpfung dürfte sich jedoch nicht beseitigen lassen. Die Libido ist ebenso labil wie klebrig (Freud). In der Befriedigung selbst ist, von allem anderen abgesehen, die Abstumpfung gegeben. Sie kann durch Variation des Befriedigungsmodus nur hinausgeschoben, nicht aber aufgehoben werden. Aber diese physiologisch gegebene Abstumpfung unterscheidet sich von der durch neurotische Hemmungen bedingten vor allem dadurch, daß sie weniger qualvoll empfunden wird, weil sie nicht auf Unterdrückung von Triebansprüchen sondern auf Absättigung beruht. Und je später sie auftritt, desto mehr steht sie auch mit der Abnahme der Leistungsfähigkeit des somatischen Sexualapparats in Zusammenhang; die gefährlichen somatischen Libidostauungen fallen weg. Es gehört volle Bewußtheit der Gefahren, die mit allzu häufigem Geschlechtsverkehr verknüpft sind, dazu, um auch in der Ehe zeitweise freiwillig Abstinenz zu üben. Darauf hat Ferenczi (l. c.) mit Nachdruck hingewiesen. Die intime körperliche Nähe, die die

eheliche Gemeinschaft mit sich bringt (gemeinsames Schlafzimmer u. ä.), erschwert die Durchführung der so notwendigen Abstinenz. Wird sie nicht beachtet, so stehen die Ehegatten, selbst wenn weitgehende sexuelle Harmonie bestand, eines Tages erschreckt vor der Tatsache der Libidoabnahme. Sie fühlen sich schuldig und versuchen es, sie zu verschleiern oder durch ein übertriebenes Maß an Zärtlichkeit zu kompensieren. In weiterer Folge treten polygame Neigungen auf, denen sie mit Fassungslosigkeit begegnen; sie wird um so stärker ausfallen, je intensiver die Bindung an den Gatten war, und kann dann zu zwanghaften polygamen Phantasien oder Akten treiben. Zufolge der Tradition, daß die Untreue in der Ehe unmoralisch, sündhaft und verbrecherisch sei, entstehen schwere Schuldgefühle. Bleibt die Tendenz zum Ehebruch als „verbrecherisches" Geheimnis unausgesprochen, wird sie verdrängt oder wird dem Gatten das Gegenteil vorgespiegelt, so droht gerade dem Gewissenhaften die neurotische Erkrankung. Weniger Skrupulöse begehen den Ehebruch und halten ihn geheim. Nur Wenige haben den Mut, sich dem Gatten zu eröffnen, was an sich befreiend wirkt, wenn es auch nicht immer die Schwierigkeit selbst beseitigt. Eine vorübergehende „Untreue" kann für eine gute Ehe gelegentlich sogar von Nutzen sein. Das gehört aber zu den günstigen Ausnahmsfällen und setzt volle Bewußtheit der Gefahren voraus, die in solchem Falle den Bestand der Ehe bedrohen. Ob aber eine Treue, die nicht auf Befriedigtsein, sondern auf Zwang oder Hemmung beruht, der Ehe förderlich ist, muß sehr bezweifelt werden. Daß sie der seelischen Gesundheit unzuträglich ist, steht außer Frage.

Man staunt angesichts dieser Schwierigkeiten nicht mehr über die Fülle von Eheunglück, mag es sich nun als Gattenmord, als Verbitterung und stille Resignation oder als Neurose äußern. Auch die weitgehendste ökonomische Regelung der sozialen Verhältnisse wird allein nur den äußerlich bedingten Anteil der Not mildern. Individuelle Bedürfnisse lassen sich nur bis zu einem gewissen Grade abändern, aber gewiß durch kein Ehebruchsgesetz und auch nicht durch soziale Ächtung aus der Welt schaffen. Am allerwenigsten wird die ärztliche Hilfe von Erfolg sein, wenn man die Beurteilung der Tatsachen mit subjektiv begründeten oder übernommenen moralischen Wertungen vermengen wird, mögen sie anarchisch oder konservativ sein. Als Arzt trägt man dem Kampfe

zwischen Triebansprüchen und sozialen Forderungen am besten Rechnung, wenn man sich im Sinne der Freudschen Therapie absolut tolerant verhält und dem Patienten die Entscheidung überläßt, nachdem man ihm die Kenntnis seiner Wünsche und die Fähigkeit, sich zu entscheiden, verschafft hat. Man wird dann aber folgerichtig einen in der Ehe Unbefriedigten ebensowenig vom Ehebruch oder von der Scheidung abhalten, wie man ihm dazu raten wird.

Hier zweigt eine der sozial bedeutsamsten Fragen ab: die Psychologie des „Kampfes der Geschlechter". Die oft genug brutale Geringschätzung der Frau durch den Mann, die von Grete Meisel-Heß zutreffend kritisierte Bestrebung der Frauenbewegung, die Frauen zu Männern zu machen, statt ihre eigenen, geschlechtsspezifischen Anlagen sublimierend zu entwickeln, die zunehmende Verweiblichung der Männer, der von Strindberg unübertrefflich geschilderte eheliche Kampf, der auch im Liebesverhältnis Unverheirateter selten fehlt, und alle übrigen der Liebe disparaten und doch derzeit mit ihr einhergehenden Haltungen, Mißgunst, Neid, Brutalität, Geringschätzung, Überwältigungssucht und Rücksichtslosigkeit, gehörten in diesen Abschnitt, weil sie nicht sowohl Ursachen als Folgen der orgastischen Impotenz des heutigen Menschen, des Kulturmenschen, sind. Das Thema verdient jedoch infolge seiner umfassenden sozialen Bedeutung eine eigene Untersuchung.

### *d) Der erotische und der soziale Wirklichkeitssinn*

Die Funktion des Orgasmus beeinflußt in entscheidender Weise auch die differenzierten Funktionen der sozialen und kulturellen Leistungen des Einzelnen. „Auch wo nicht Krankheitserfolg, sondern Charaktergestaltung in Betracht kommt, erkennt man leicht, daß sexuelle Einschränkung mit einer gewissen Ängstlichkeit und Bedenklichkeit Hand in Hand geht, während Unerschrockenheit und kecker Wagemut ein freies Gewährenlassen der sexuellen Bedürfnisse mit sich bringen" (Freud).[1] Beim Vergleich der sozialen und sexuellen Leistungen von Kranken mit denen Gesunder zeigen sich einige typische Beziehungen zwischen den primitiven und den höher entwickelten Funktionen, die

1) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Schriften, Bd. VII.

bei der Beurteilung der therapeutischen Aufgabe nicht übersehen werden dürfen.

Die prägenitalen Triebe sind ihrem Wesen nach autoerotisch, d. h. asozial, der Destruktionstrieb und sein erotischer Abkömmling, der Sadismus, sind antisozial. In die soziale Gemeinschaft hineingezwängt, muß das Individuum die eigentlichen Triebziele aufgeben und die entsprechenden Energien dem geliebten Objekt zuliebe oder dem Zwange der Erziehung folgend auf sozial und kulturell wichtige Ziele ablenken. Diesen Prozeß hat Freud „Sublimierung" genannt. Eine der wichtigsten Vorbedingungen der Sublimierung ist, daß die zu verwendenden Triebkräfte nicht der Verdrängung erliegen, die ja nicht bloß die Triebbefriedigung sondern auch jede andere Verwendung der Triebe verhindert. In diesem Sinne sind die moralischen Forderungen, von denen die Verdrängungen ausgehen, und die sozialen und kulturellen Anpassungsleistungen, durch die sie vermieden werden, Gegensätze. Die Verdrängung bedingt gelegentlich den Sublimierungen ähnliche soziale Leistungen. Diese sind jedoch von den echten Sublimierungen durch ihren reaktiv-übertriebenen Charakter und durch den Eindruck der Krampfhaftigkeit, den sie erwecken, leicht zu unterscheiden. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist der, daß der echte soziale Wirklichkeitssinn sich mit dem erotischen gut verträgt, ja, wie wir zu beweisen haben werden, diesen zur Voraussetzung hat, während der unechte, zwangsartig-reaktive Wirklichkeitssinn den erotischen nicht neben sich duldet.

Unter sämtlichen Trieben kann den psychologischen, physiologischen, sozialen und biologischen Lebensbedingungen zufolge nur die Genitalität die Funktion des erotischen Wirklichkeitssinnes erfüllen. Den Ausdruck „erotischer Wirklichkeitssinn" verdanken wir Ferenczi. Seine Berechtigung ist leicht nachzuweisen; psychologisch: der Impotente fühlt sich minderwertig und ist auch auf nichtsexuellen Gebieten mehr oder weniger leistungsunfähig; physiologisch: die genitale Befriedigung gewährleistet die orgastische Lösung der somatischen Libidospannung und ist dadurch eine der Bedingungen für die Erhaltung des seelischen Gleichgewichts; sozial: die Genitalität (im Sinne unserer Definition) fordert den Sexualpartner und begründet somit zumindest die Gemeinschaft zu zweit; sie ist ferner die einzige von der Gesellschaft bis zu einem gewissen Grade gebilligte und zur Befriedigung zugelassene Tendenz, was nicht viel zu

besagen hätte, wenn sich der „Perverse“ nicht geächtet fühlte; biologisch: unter allen Trieben dient allein die Genitalität auch der Erhaltung der Art.

Der Gesunde, d. h. der arbeits- und liebesfähige Mensch, hat seine Genitalität hauptsächlich sexuellen, seinen Destruktionstrieb und die prägenitalen Ansprüche sozialen und kulturellen Zielen zugewendet. Beim Kranken verhält es sich umgekehrt: Seine sozialen Leistungen sind sexualisiert und der Destruktionstrieb und die prägenitalen Triebe beherrschen sein Liebesleben.

Die Analyse zeigt, daß Arbeitsstörungen unter zwei Bedingungen zustande kommen. Die eine besteht darin, daß der Kranke nicht fähig ist, sein Interesse auf die Arbeit zu konzentrieren, weil er von sexuellen Phantasien in Anspruch genommen ist; oder sadistische Zwangsphantasien stören das vorhandene anderweitige Interesse. In einer anderen Gruppe von Arbeitsstörungen, wie z. B. beim Schreib- oder Violinspielerkrampf, kann die Betätigung nicht ausgeführt werden, weil sie den Wert einer verpönten sexuellen Handlung angenommen hat (Jokl). Der „libidinöse Zuschuß“ (Jung) zur sozialen Leistung ist nicht mehr frei verfügbar. Vergleichen wir damit die Verhaltungsweise des sexuell befriedigten Menschen, so sehen wir, daß nach dem befriedigenden Sexualakte erhöhte soziale Leistungsfähigkeit und Arbeitsfreudigkeit platzgreifen und das sinnliche sexuelle Interesse eine Zeit lang gar nicht vorhanden oder nur gering ist. Dieser Sachverhalt erklärt sich aus der Umsetzung der Energien im Orgasmus: Die Libido hat sich nach der Akme auf den ganzen Körper verteilt, was körperliche Frische und erhöhtes Ichgefühl bedingt;[1] ihr Gegensatz sind die Müdigkeit und die Leistungsunfähigkeit des Neurasthenikers.

Man kann also sagen, daß die Sublimierungen jeweils durch libidinöse Energien, die durch den Orgasmus abgeändert wurden, neu angefacht werden. Ihre eigentliche Quelle haben sie in den dauernd desexualisierten Tendenzen und in den von den ur-

1) In einer Diskussion über diesen Gegenstand meinte Ferenczi, daß nach der Sättigung der sinnlichen Objektliebe die vom Genitale auf den Körper rückflutende Erregung sich in narzißtische Libido verwandle und dadurch mittelbar den psychischen Narzißmus stärke.

sprünglichen Zielen abgelenkten Destruktionstrieben. Die Verdrängung des Überschusses an libidinöser Energie hat sowohl eine neuerliche Sexualisierung der ursprünglich libidinösen Tendenzen als auch eine Zuwendung der Aggressivität zu ihren ursprünglichen Zielen zur Folge. In schematischer Übersicht wären somit an jeder Sublimierung dreierlei triebhafte Elemente zu unterscheiden:

*1)* Von der Objektzerstörung dauernd abgelenkte destruktive Aggressivität (Gemeinschaftsgefühl, allgemeines Interesse an sozial wichtigen Leistungen, soziales Gewissen, soziale Aktivität).

*2)* Von den autoerotischen Zielen dauernd abgelenkte prägenitale Antriebe (bestimmte Arten sozialer Tätigkeit, kulturelle Interessen, Wissenschaft, Kunst, Geldinteresse, Ehrgeiz usw.).

*3)* Unsublimiertes genitales Interesse, das dauernd zärtliche Objektbeziehungen unterhält, periodisch abwechselnd zur orgastischen Entladung drängt und nach der Umsetzung im Orgasmus sich den sublimierten Tendenzen beigesellt.

Die Bedeutung des libidinösen Zuschusses für die Haltbarkeit einer Sublimierung lernt man richtig einschätzen, wenn man serienweise beobachtet hat, daß die soziale Leistungsfähigkeit um so mehr eingeschränkt wird, je länger die Abstinenz dauert und je vollständiger sie ist. Fehlt der libidinöse Zuschuß, so wird die Sublimierung überdies dadurch geschwächt, daß infolge der Stauung und Regression der Libido auch sublimierte Triebe, gleichsam verlockt durch das böse Beispiel, die im Grunde aufgezwungene soziale Leistung verweigern. Sublimierung und Sexualbefriedigung sind keine Gegensätze, wohl aber Sublimierung und unbefriedigende Sexualbetätigung.

Kann die Sublimierung durch die Befriedigung der Genitalität gefährdet werden? Ist der befriedigende Sexualgenuß etwa imstande, alle Interessen dauernd zu absorbieren? Diese Fragen sind schon auf Grund der Tatsache, daß die genital befriedigten Menschen die dauernd leistungsfähigsten sind, zu verneinen. Die Fähigkeit der genitalen Libido, vorübergehend gesättigt zu werden — prägenitale Reizungen können nur die Spannung erhöhen, niemals lösen — und sich im Zustande des Gesättigtseins den Sublimierungen beizugesellen, schließt die Gefährdung der Sublimierungen durch die genitale Sexualbefriedigung aus. Wo man solche Störungen der sozialen Leistungsfähigkeit infolge allzustarken sexuellen

Interesses beobachtet, wie bei der Nymphomanie, Satyriasis, Neurasthenie, Pubertätsonanie usw., liegt eine Störung der Funktion des Orgasmus vor, die keine Ruhepause im sexuellen Verlangen eintreten läßt.

Bei den Menschen, die in den großen Kulturzentren die allgemeine Geschlechtsmoral bestimmen, ist die Idee dieser Gegensätzlichkeit zwischen körperlicher Sinnlichkeit und geistiger Kultur von indiskutabler Selbstverständlichkeit. Der wissenschaftliche Beobachter hat nur zu prüfen, ob eine solche Gegensätzlichkeit wirklich besteht oder ob die Idee irrational begründet ist. Und da kann man leicht feststellen, daß nur wenigen besonders Begabten die Flucht vor der bloß geduldeten Körperlichkeit in die — in solchem Falle vorwiegend kompensierende — Geistigkeit gelingt. Die Vielen, die dem Gleichen zustreben, ohne geistig vermögend genug zu sein, werden zu dem, was man als „neurasthenischen Großstadtmenschen" bezeichnet. Ihre mit Furcht gefühlte, daher bloß geduldete, zersplitterte und daher unbefriedigte Sinnlichkeit rächt sich, indem sie, Abwehrkräfte bindend, auch auf geistigem Gebiete zur Resignation zwingt; ihre intellektuelle und geistige Kraft ist infolgedessen nicht frei, sondern verkrampft, nicht kernig, sondern von ständiger Hut vor der Triebhaftigkeit getragen, von Sexualangst erfüllt. Auch bei den wenigen Begabten erhebt sich die Frage, ob sie nicht über den tatsächlich erreichten Endpunkt ihrer geistigen Entwicklung und sozialen Leistung weit hinauswüchsen, vermöchten sie ihre Sinnlichkeit nicht bloß zu dulden, sondern auch zu bejahen. „Soziale Leistungsfähigkeit" ist ein relativer Begriff; das zeigt sich bei leistungsfähigen Individuen, die nach einer gelungenen Analyse ihrer Sexualstörungen in weit höherem Grade sublimieren als vorher, eben weil sie dann keine ideologische Schranke zwischen Sinnlichkeit und kultureller Strebung mehr aufrichten. Gerade bei genialen Naturen vom Format eines Goethe verrät sich die Kraft des nicht kompensierenden sondern sublimierenden Geistes, der, innerlich stark, nicht fürchten muß, sich auch dem primitiven Rhythmus des sinnlichen Erlebens passiv hinzugeben; denn gerade diese Furchtlosigkeit befähigt ihn, sich aus der momentanen Besinnungslosigkeit des orgastischen Erlebnisses wieder in die beherrschte und beherrschende Aktivität des intellektuellen und geistigen Tuns aufzuschwingen. Es läge daher nur im Interesse aller derjenigen, die aus kultureller oder religiöser Ideologie Askese predigen und dadurch das Gegenteil des Beabsichtigten erzielen, an der Kulti-

vierung der sinnlich-körperlichen Sexualität mitzuarbeiten, d. h. allgemeiner, die „Erniedrigung des Liebeslebens“ (Freud) und die Devise: „Sinnlichkeit oder Kultur“, durch „Kultur in der Sinnlichkeit“ zu ersetzen. Wenn die Kultur eine Sublimierung und keine kollektive schwere Neurose ist, dürfte sich alles Übrige von selbst ergeben.

Das Problem besteht fort, was das Schicksal der Genitallibido jener abstinent Lebenden ist, die psychisch anscheinend gesund sind. Das Ausmaß der libidinösen Bereitschaft und die Rhythmik des Bedürfnisses, die libidinösen Spannungen zu entladen, sind gewiß individuell sehr verschieden. Aber da der somatische Sexualapparat seine Funktion nicht aufgegeben hat, — sonst würden die Erscheinungen der Eunuchoidie nicht ausbleiben, — müssen auch libidinöse Spannungen vorhanden sein; und es wäre sehr wichtig zu erfahren, welchen anderen Ausweg die organisch gespeiste Libido findet, wenn sie nicht orgastisch befriedigt wird und auch keine neurotischen Symptome erzeugt. Darüber könnte man nur auf Grund von Analysen gesund bleibender Menschen, die völlig abstinent leben, ohne darunter zu leiden, Bindendes aussagen. Es wäre zwar nicht absolut falsch zu behaupten, daß, wer dauernd abstinent lebt, ohne durch körperliche Gebrechen beeinträchtigt zu sein, nicht seinem bewußten Willen folgt, sondern Hemmungen oder Fixierungen unterliegt; ist doch kaum wahrscheinlich, daß eine so wichtige biologische Funktion wie die sexuelle anders als durch Verdrängungen gehemmt werden kann. Es würde nur ein Wortspiel bedeuten, wollte man sich auf eine „Hypofunktion“ des somatischen Sexualapparats ausreden; pflegen doch postpuberal kastrierte Eunuchen ihre psychische Libido zu behalten, ebenso wie die Libido nach dem Klimakterium eine Zeit lang persistieren kann. Zugegeben, daß intensive Arbeit und alle echte Sublimierung Stauungen beseitigen kann: daß dies auf die Dauer und über eine gewisse Grenze hinaus möglich sein sollte, ist nach all dem, was wir von der Triebenergetik wissen, nicht ohneweiters anzunehmen. Wir lassen aber diese nur theoretisch wichtige Frage lieber offen.

*

Man mag der Individualität im Seelischen noch so breiten Spielraum lassen: wie es eine Physiologie des normalen Körpers gibt, obwohl nicht zwei Menschen körperlich gleich gebaut sind, wie sich in der Anzahl

der Knochen, in ihrer Lage zu einander, in Form und Lage des Nervensystems, in der Schichtung der Haut usw. eine zweckentsprechende Grundstruktur ungeachtet aller individuellen Verschiedenheiten feststellen läßt, so gibt es auch im Seelischen eine zweckentsprechende Grundstruktur, die sich in einer bestimmten Triebkonstellation ausdrückt. Sie schließt die seelische Differenzierung keineswegs aus. Die Grundstruktur verhält sich zu den individuellen Verschiedenheiten etwa so, wie die Struktur, die wir „Baum" („Eiche", „Buche" usw.) nennen, zu den Unterschieden in der Größe und Stellung der Äste zweier Bäume (Eichen, Buchen usw.). Damit erledigt sich der Einwand, daß man im Seelischen nicht „schematisieren", d. h. das Gemeinsame suchen dürfe. Pathologisch nennen wir nicht die Abweichung bei vorhandener normaler Grundstruktur sondern nur die Verzerrung der Grundstruktur selbst.

Die Psychoanalyse erstrebt eine Neuordnung der Triebe im Sinne der normalen Grundstruktur. Dabei stellt sie sich im Einverständnis mit dem bewußten Willen des Kranken auf den Boden des Realitätsprinzips und beurteilt seine Haltungen nicht danach, ob sie gut oder böse sind, sondern sie hat nur die Frage zu beantworten, welche seiner Haltungen seiner Realitätsfähigkeit entsprechen und welche sie stören. Durch die analytische Aufklärung und durch das Wiedererleben uralter Konflikte ordnen sich die Triebe neu, automatisch, ohne unser Dazutun, und lassen dabei die latente realitätsgerechte Grundstruktur, die ja bloß verschüttet war, in Erscheinung treten. Die Analyse ist also, wie Freud seinerzeit nachgewiesen hat,[1] gleichzeitig eine Synthese, nur daß sie sich dem Wesen des Patienten gemäßer vollzieht als die Erziehung („Psychagogik") ohne Analyse, weil jede Überredung oder Idealsetzung wegfällt.

Es gibt also zweifellos ein Ziel in der analytischen Therapie, das ohne erzieherische Mittel erreicht werden kann: Herstellung der Arbeits- und der Liebesfähigkeit; um es noch deutlicher zu sagen: der Fähigkeit zur sexuellen Befriedigung.

Wenn man nach vieljähriger Ausübung der psychoanalytischen Praxis sagen kann, daß sich in keinem Falle, bei noch so weitgehender Behebung der Verdrängungen, Hemmungslosigkeit gezeigt, noch bestehende

1) Wege der psychoanalytischen Therapie. (Ges. Schriften, Bd. VI.)

Triebhaftigkeit dauernd verschärft hat, so bedeutet das, daß die Freudsche Methode die „explosiblen Stoffe“, mit denen sie operiert, zu beherrschen vermag, sofern sie von Kundigen ausgeübt wird, und daß der Eros jedes Menschen die soziale Anpassung gewährleistet. Der psychoanalytisch Geheilte erlangt mit der Bewußtheit auch die Herrschaft über die Triebe. Die Beherrschung ist freilich keine neurotisch-lähmende mehr, sondern eine bewußt-zielvolle.

Es ist leicht zu zeigen, daß die Zielsetzung: Herstellung der orgastischen Potenz, keine Überschreitung der ärztlichen Befugnisse bedeutet. Wir ewarten nämlich einen derartigen Einwand und kommen ihm gerne zuvor. Das Ziel: Herstellung der Arbeitsfähigkeit, gilt als selbstverständlich. Ich habe mich überzeugen können, daß die Herstellung der vollen Liebesfähigkeit für manche Analytiker als weniger selbstverständliches Ziel gilt. Der Grund dieser Parteinahme ist eine gewiß begreifliche Scheu, mit der herrschenden Sexualmoral in Konflikt zu geraten.

Die Frage des Eingriffes in die persönliche Selbstbestimmung, die zu wahren die Psychoanalyse im Gegensatze zu sämtlichen anderen psychotherapeutischen Methoden für notwendig hält, erledigt sich von vornherein für die überwiegende Mehrzahl der Kranken, die den Arzt entweder ausdrücklich wegen der gestörten Genitalfunktion aufsuchen oder sehr bald zur Einsicht ihrer Impotenz gelangen und selbst davon befreit werden wollen. In der Minderzahl befinden sich diejenigen, die entweder die Impotenz kompensieren oder zufolge tieferer, charakterologischer Eigenheit sexualablehnend sind. Nun gibt es keine Ausnahme von der Regel, daß auch der sexualablehnende Patient früher oder später in der Analyse auf seine genitalen Ansprüche stößt. Wurde die Analyse *lege artis* durchgeführt, so bekennt er sich zu seinen Wünschen und erkennt selbst, welche Bedeutung dieser Funktionshemmung in seiner Neurose zukommt. Allerdings müssen die onanistischen Manipulationen und Phantasien, sowie die Verhaltungsweisen während des Aktes mit der gleichen Gründlichkeit besprochen werden wie etwa die Details eines Zwangszeremoniells. Scheut man davor zurück, hält man es für überflüssig oder für einen Übergriff, den Kranken — im richtigen Zeitpunkte — über die Vorgänge beim Geschlechtsakte aufzuklären, so ist das ein Zeichen eigener Hemmungen, und man läuft dabei Gefahr, gerade das für die Lösung des

neurotischen Konfliktes und die Behebung der Libidostauung wichtigste Material zu vernachlässigen.

Es kann nicht länger verhehlt werden, daß der Sublimierung als Ausweg aus der Neurose bei der Mehrzahl unserer Patienten nicht die Bedeutung zukommt, die ihr im allgemeinen zugeschrieben wird. Das Abreagieren ist nur eine momentane und keine umfassende Konfliktlösung; es kommt ferner nur bei der geringen Anzahl traumatischer Hysterien als Heilungsfaktor in Betracht. Auch das Bewußtwerden der unbewußten Konflikte ist nur eine Vorbedingung der Konfliktlösung und die intellektuelle Entscheidung, mag sie noch so vollständig sein, reicht nicht aus, um die endgültige Umordnung der Triebe zu erzielen, d. h. die charakterologische Reaktionsbasis, auf der sich die Neurose aufbaut, zu beseitigen. Ein, vielleicht das wesentlichste (weil aktuellste), Stück dieser Reaktionsbasis ist die Aktualneurose.

Dazu kommt die durch systematische Erhebung von Katamnesen gesicherte Erfahrung, daß diejenigen Fälle, die schon während oder bald nach der Behandlung zu einem geordneten Sexualleben kamen, eine weit größere Stabilität ihres durch die Analyse gebesserten Zustandes aufweisen, als die, die wegen noch ungelöster genitaler Konflikte oder wegen äußerer Schwierigkeiten (Milieu, Alter, körperliche Defekte usw.) ihre Libidostauung nicht völlig verloren haben.[1] Die Fälle von Symptom- und Charakterneurosen, die rückfällig wurden, rekrutieren sich aus solchen, deren Impotenz nicht behoben wurde oder die, zumeist aus ungelösten neurotischen Motiven, fortfuhren, abstinent zu leben.

Obgleich das Problem der neurotischen Reaktionsbasis in der Hauptsache noch ungelöst ist, kann bereits als sicher angenommen werden, daß die somatische Libidostauung und die Angstbereitschaft dabei die wichtigsten Stücke sind. Fraglos ist die Befreiung von der Angst vor der Triebbefriedigung eines der unerläßlichen Mittel zur Erreichung des therapeutischen Zieles. Und da die Angst vor den vermeintlichen Gefahren der Triebbefriedigung die Libidostauung und diese die Stauungsangst und die Symptome schuf, ist, ungeachtet aller individuellen Variationen des neurotischen Prozesses, der Verlauf des Heilungsprozesses bei der kausalen

---

1) Vgl. meinen Aufsatz „Über Genitalität vom Standpunkt der psychoanalytischen Prognose und Therapie". (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, X, 1924.)

Therapie vorgezeichnet: Die Beseitigung der Angst vor der Triebbefriedigung befreit die Triebe aus der Verdrängung, die teils sublimiert werden, teils zur Befriedigung drängen. Mit der Behebung der Verdrängungen und den schon während der Behandlung zustandegekommenen Sublimierungen, ist der erste Teil der Aufgabe, die Befreiung von den Beschwerden, erfüllt.

Gehäufte Beobachtungen lehren, daß keine Analyse als gelungen betrachtet werden kann, in der nicht die in den Symptomen gebundene Angst frei wurde, was sich durch Auftreten vorübergehender Angstzustände kundgibt. Auch das Schuldgefühl muß sich wieder in Angst zurückverwandeln. Erst jetzt lassen sich die Quellen der Angst analytisch bearbeiten. Als solche kommen der Narzißmus des Ichs, von dem die Kastrationsangst ausgeht, und die gestaute Libido, die die Stauungsangst bedingt, in erster Linie in Betracht. Da die Aggressivität und die Mutterleibssehnsucht, beziehungsweise Geburtsangst, wie wir gezeigt haben, von der Intensität der Libidostauung und der Kastrationsangst abhängen, spielen sie als Angstquellen eine sekundäre Rolle. Das zeigt sich auch bei der therapeutischen Reaktion; sie ist nämlich bei der Erledigung der verschiedenen Angstquellen verschieden.

Bei gelungener analytischer Lösung der Neurose werden die Mutterleibssehnsucht und die Aggressivität aufgegeben, beziehungsweise anderen Tendenzen untergeordnet oder „sublimiert"; die Genitalität hingegen gibt nur ihr inzestuöses Objekt auf, behält aber ihr Sexualziel bei. Warum hat hier die Befreiung von der Angst automatisch ein verstärktes Hinstreben zum Gegenstand der Strebung, dort eine Abkehr zur Folge? Man pflegt dieses Resultat als Erfolg der Therapie im stillen vorauszusetzen, ohne sich Rechenschaft darüber zu geben, wie derselbe therapeutische Prozeß, die Befreiung von der Angst, so Gegensätzliches leisten kann. Das ist gewiß nicht selbstverständlich. Die Erfahrung lehrt aber weiter: *1)* Die Mutterleibssehnsucht und die Aggressivität werden trotz aller analytischen Einsicht nicht aufgegeben, wenn die Kastrationsangst nicht analysiert wurde (Refraktärbleiben), oder es strömt die zum Teil befreite Libido nach einem schwachen Vorstoß zur Genitalposition zu den früheren Fixierungsstellen zurück (Rezidive). *2)* Es gibt Fälle, die, ohne vollständig analysiert worden zu sein, auch dauernd symptomfrei bleiben. Das sind diejenigen, bei denen die Analyse zuerst an den

genitalen Fixierungen angriff und sie vollständig zu lösen vermochte, ehe tiefere Fixierungen die Übertragungssituation komplizieren konnten. Die von der Kastrationsangst befreite Genitallibido konnte automatisch andere Wünsche außer Kraft setzen,[1] indem die orgastische Lösung der Libidostauung die Bereitschaft zu regredieren praktisch beseitigte. *3)* Wenn der genitale Primat in der Kindheit unvollständig zur Ausbildung kam, so überwiegt trotz der Analyse sämtlicher Angstquellen „der Zug zum Mutterleib", beziehungsweise die Neigung zur prägenitalen Befriedigung.

Die befriedigte genitale Objektliebe ist somit der mächtigste Gegner des Destruktionstriebes, des prägenitalen Masochismus, der Mutterleibssehnsucht und des strafenden Über-Ichs. Ihre Befriedigung beseitigt die Libidostauung und bindet dadurch den Destruktionstrieb. Diese Überlegenheit des „lebenerhaltenden" Eros über den Destruktionstrieb ist die objektive Rechtfertigung unserer therapeutischen Bemühungen.

In dieser Hinsicht begegnet die analytische Therapie manchen unüberwindbaren äußeren Schwierigkeiten, die im günstigsten Falle an die Stelle der Neurose reales Unglück setzen, im ungünstigen eine Rezidive bewirken, der man machtlos gegenübersteht, weil sich die äußeren Bedingungen nicht ändern lassen. Hat z. B. eine Frau, getrieben von ihren Männlichkeitstendenzen, einen femininen, womöglich mit einer leichten ejaculatio praecox behafteten Mann zum Gatten gewählt, den sie beherrschen und quälen konnte, hat dann die Analyse Erfolg gehabt, indem sie die Umstellung von der Männlichkeit zur Weiblichkeit bewirkte und die vaginale Bereitschaft die Klitoriserotik ablöste, so findet sich die analytisch Geheilte mit dem jetzt inadäquaten Gatten nicht mehr zurecht, denn sie begehrt entsprechend ihrer neuen Einstellung einen starken, führenden, in jeder Hinsicht über ihr stehenden Mann. Oder die Fähigkeit zum Orgasmus zu gelangen ist freigelegt worden und harrt der Aktivierung durch den Gatten; der bringt aber entweder nicht das nötige erotische Verständnis auf oder er ist nur wenig potent. Es kann vorkommen, daß eine Ehe unter den ungünstigsten Bedingungen, aus neurotischen Gründen geschlossen wurde und durch materielle Umstände

1) Die Dauerheilungen durch palliative Psychotherapie, über die gelegentlich berichtet wird, dürften auf einer ermöglichten Überwindung der genitalen Hemmungen beruhen. Die Spontanheilungen von Hysterien, z. B. nach einer Heirat, lassen sich so erklären.

unlösbar geworden ist. Aus diesem Grunde haben Unverheiratete oder kinderlose Ehegatten eine bessere Prognose.

Die Auswege aus diesen äußeren Schwierigkeiten sind unsicher genug. Einzelne Patienten, die speziell begabt sind, retten sich in irgendeine Arbeit, ihr Zustand bleibt jedoch labil und sie sind den Anforderungen der Außenwelt nie voll gewachsen. Sexuelle Resignation birgt stets die Gefahr der Rezidive in sich, denn völlige Abstinenz ist auch einem von Anbeginn Gesunden nicht zuzumuten, geschweige denn einem Menschen, der neurotisch war und gerade an seiner starken Libido erkrankte. Onanistische Befriedigung kann Rezidiven aufhalten, birgt aber, auf die Dauer als einziger Befriedigungsmodus betrieben, wegen der Phantasien und der unvollständigen seelischen Befriedigung auch bei völligem Mangel von Angst und Schuldgefühl die Gefahr der Rezidive in sich. Es bleibt noch die eheliche Untreue; hier hört der Einfluß der Analyse auf, die Entscheidung hat das Ichideal des Patienten, das ja durch die Analyse auch triebbejahende Elemente aufgenommen hat und infolgedessen imstande ist, zwischen der von der herrschenden Moral diktierten Pflicht zur Treue und dem nicht unmoralischen Recht zur Sexualbefriedigung zu wählen.

Rückblickend müssen wir eingestehen, daß die praktisch wichtigen Ergebnisse relativ geringfügig sind in Anbetracht des sexuellen und sozialökonomischen Elends unserer Zeit. Da die Sexualbefriedigung und die Sublimierung, die zwei allein vollwertigen Auswege aus der Neurose und ihren Äquivalenten, auch vom sozial-ökonomischen Milieu abhängen, ist das Gebiet der therapeutischen Arbeit von vornherein beträchtlich eingeschränkt. Die Fähigkeit, bei Konflikten ohne Rezidive auszuhalten, deren Herstellung der zweite Teil der analytischen Aufgabe und das ideale Ziel der kausalen psychoanalytischen Therapie ist, wird durch die analytische Beseitigung der genitalen Hemmungen und durch die Befreiung der zu sublimierenden Triebe bloß angebahnt; eine bessere Widerstandsfähigkeit gegen die Enttäuschungen des Lebens ist bei sachkundiger analytischer Behandlung in den allermeisten Fällen zu erzielen. Den Rest der Immunisierungsarbeit haben die reale Sexualbefriedigung und das Milieu zu leisten, das der von seinen infantilen Wünschen und masochistischen Regungen befreite Mensch allerdings auch zielbewußter zu gestalten vermag.

*

Während wir die Funktion des Orgasmus und seine Beziehungen zum neurotischen Prozeß behandelten, stand abseits, aber nicht unbeachtet, die große Frage: „Ja, wenn der Kern der Neurose ein somatisches Geschehen, die Energiequelle des Symptoms und des neurotischen Charakters ein pathologischer körperlicher Erregungsvorgang (die Libidostauung) ist und wenn die psychoanalytische Heilung der Neurosen letzten Endes auf Abänderung, beziehungsweise Beseitigung dieser somatischen Grundlage der Neurose beruht, soll man da nicht lieber gleich auf organischem Wege zu heilen erstreben, was im Kern organisch fundiert ist, statt den umständlichen und langwierigen (weil gründlichen) Prozeß der Psychoanalyse einzuleiten? Haben also nicht doch diejenigen Recht, welche der Psychoanalyse Einseitigkeit vorwerfen und nur an die somatische Beeinflussung etwa durch Organotherapie glauben?"

Dieser Frage stellen wir die übersichtlichere entgegen: „Hat der Hausarzt, der der Mutter eines hysterischen Mädchens dringend dessen Verheiratung empfiehlt, Recht oder nicht? Urteilt der Nervenarzt, der einem abstinenten und neurotischen Menschen den Geschlechtsverkehr anrät, richtig?" Prinzipiell ja; denn da die Libidostauung die Energiequelle des Krankheitsprozesses ist, kann nur ihre Beseitigung radikal heilend wirken. *De facto* haben beide einen schlechten Rat erteilt, denn das betreffende Mädchen wird höchstwahrscheinlich eine hysterische, sexualscheue Gattin bleiben und auch noch Mann und Kinder in die Neurose jagen, der junge Mann wird sich sicher als impotent erweisen, andernfalls wäre er selbst längst auf die gleiche Idee gekommen. Sie könnten durch die empfohlenen Maßnahmen gesunden, wenn sie seelisch intakt und fähig wären, dem normalen Ablauf der Sexualerregung freien Lauf zu lassen. Dadurch, daß die Psychoanalyse gewisse Sexualtriebe zur Sublimierung bringt, durch Wandlung der Aggressivität die soziale Anpassung ermöglicht und unnötige Sexualhemmungen beseitigt, ermöglicht sie auch eine spontan und organisch von innen her quantitativ und qualitativ wirkende „Organotherapie": die Sexualbefriedigung, die die Stauung der Libido aufhebt. Die Störung der Genitalfunktion hält zwar die Neurose aufrecht, indem die gestaute Libido den neurotischen Prozeß kontinuierlich speist (aktuelle Ursache), aber sie selbst ist doch erst auf rein seelischem Wege zustandegekommen (historische Ursache).

Gesetzt, es gäbe wirklich libidosteigernde Präparate: Würde man sie einem neurotischen Menschen, der keine bewußten Sexualwünsche hat, verabreichen, seine seelische Hemmung, die die Erregung vom Genitale fernhält, würde dadurch nicht im mindesten geringer; im Gegenteil, er würde sicher eine Verstärkung seiner neurotischen Angst zeigen oder er bekäme neue Symptome. Oder ein libidoschwächendes Mittel, das gleichzeitig natürlich herabsetzend auf die Angst wirken würde. Gewiß, das würde seine neurotische Reaktionsbasis verringern, aber nie beseitigen, und auch der ganze seelische Überbau des Impotenzgefühls würde höchstens seine Fassade ändern; die Sublimierungsfähigkeit bliebe so gering wie zuvor, weil ja keine qualitative Abänderung vor sich ginge wie nach einer Analyse, sondern bloß eine quantitative Herabsetzung der seelischen Energie. Ein zur Erhaltung Arbeitsunfähiger verpflichteter Staat würde gegen eine derartige Therapie gewiß protestieren. Wir sehen also, daß auch eine noch so vollkommene Organotherapie die Psychoanalyse nicht wird entbehren können, weil jene nur etwas hinzufügen oder wegnehmen kann, diese hingegen die Energieverteilung im seelischen Apparat beeinflußt und ihn durch die Abänderung des Ichs erst fähig macht, solche qualitativ wirksame Energieverteilungen zuzulassen und quantitative Änderungen zu ertragen.

Aber das Alles ist derzeit noch utopisch. Leider stecken heute die Versuche auf dem Gebiete des Sexualchemismus teils im Reiche der Phantasie, teils in der Sackgasse affektiv begründeter Vorurteile: Der Weg, den die Psychoanalyse der Physiologie der Neurosen weist, unterliegt einem Tabu. Es bleibt noch die Hoffnung auf gründliche Beseitigung der gesellschaftlichen Vorurteile, die die Sexualität betreffen. In beiden, in der Organotherapie und in der Durchdringung des Volkes mit einer nicht ethisch sondern wissenschaftlich begründeten Sexualaufklärung, die auch auf die Erziehung und Wissenschaft rückwirken würde, könnten der individuellen Psychoanalyse mächtige Hilfsmittel erwachsen. Es ist aber nicht anzunehmen, daß wir uns in absehbarer Zeit dieser Erleichterungen unserer schwierigen Arbeit erfreuen werden.

---

Prag 18·VI·27

# Register